|  |
| --- |
| ***Projekt***  z dnia 20 marca 2018 r.  Zatwierdzony przez ......................... |

**Uchwała Nr ....................  
  
Rady Gminy Gostycyn**

z dnia 29 marca 2018 r.

**w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt.15 ustawy z 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1875) oraz art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz.1189 z póżn.zm.)

**Rada Gminy Gostycyn  
uchwala, co następuje:**

**§ 1.**Gmina Gostycyn przeznaczy corocznie w budżecie środki finansowe w wysokości 0,2% środków na wynagrodzenie osobowe nauczycieli pomniejszonej o składki na ubezpieczenia społeczne płacone przez nauczycieli z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

**§ 2.**Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania w "Regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli", który stanowi załącznik do nin. Uchwały.

**§ 3.**Wykonanie Uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

**§ 4.**Traci moc Uchwała Nr XXXVI/224/2017 Rady Gminy Gostycyn z dnia 22 listopada 2017 r. w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Kuj-Pom z 227.11.2017 r., poz. 4569).

**§ 5.**Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko- Pomorskiego.

Załącznik do Uchwały Nr ....................  
Rady Gminy Gostycyn  
z dnia 29 marca 2018 r.

**REGULAMIN  
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

**§ 1.**1. Do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego uprawnieni są:

1) nauczyciele pracujący w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez Gminę Gostycyn, zatrudnieni w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć,

2) nauczyciele, których ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne było przedszkole lub szkoła prowadzone przez Gminę Gostycyn,

3) nauczyciel zatrudniony w kilku szkołach, przedszkolach jest uprawniony do otrzymania jednego świadczenia.

**§ 2.**Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą,

2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań,

3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,

4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową,

5) koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,

6) konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (aparatu słuchowego, zakup szkieł korekcyjnych, elementów protetyki stomatologicznej itp.), nie częściej niż raz na trzy lata.

**§ 3.**1. Pomoc zdrowotna udzielana jest dwa razy w roku w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Wnioski w sprawie udzielenia świadczenia pieniężnego należy składać w terminach do 15 maja oraz do 15 października danego roku kalendarzowego.

3. Rozpatrywanie wniosków odbywa się dwa razy w roku do 31 maja oraz do 31 października danego roku kalendarzowego.

4. Pomoc zdrowotna danemu nauczycielowi przysługuje raz w roku.

5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek może być złożony i rozpatrzony  
w innym terminie niż wskazany w ust. 2 i 3.

6. Załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu jest wzór wniosku w sprawie przyznania świadczenia.

**§ 4.**1. Wniosek o przyznanie pomocy składa nauczyciel bądź osoba w jego imieniu.

2. Wniosek składa się do dyrektora macierzystej jednostki, który wraz ze swoją opinią przekazuje je do Gminnego Zespołu Oświatowego w Gostycynie

3. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę,

2) rachunki potwierdzające poniesione koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych,

3) oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

**§ 5.**1. W celu kompletowania dokumentacji oraz opiniowania wniosków nauczycieli ubiegających się pomoc zdrowotną - Wójt Gminy Gostycyn powołuje Komisję ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, zwaną dalej Komisją.

2. W skład Komisji wchodzą:

1) przedstawiciel Rady Gminy Gostycyn,

2) przedstawiciel Wójta Gminy Gostycyn,

3) przedstawiciele Nauczycielskich Organizacji Związkowych.

3. Komisja działa przy udziale co najmniej 3 członków.

4. Komisja podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów, rozstrzygnięcie komisji jest ostateczne.

**§ 6.**1. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

1) wysokości środków finansowych przyznanych na ten cel przez organ prowadzący, w danym roku,

2) sytuacji materialnej nauczyciela oraz osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe,

3) sytuacji zdrowotnej nauczyciela.

Załącznik Nr 1 do Załącznika do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**Wniosek  
o przyznanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej**

*.........................................................................................................................................................*

1) Wnioskodawca (imię i nazwisko)

*........................................................................................................................................................*

2) Adres zamieszkania, telefon

*........................................................................................................................................................*

3) Nauczyciel czynny - w wymiarze, nauczyciel emerytowany, nauczyciel przebywający na rencie - wpisać jedną z możliwości

*........................................................................................................................................................*

4)  *Miejsce pracy - dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy*

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Uzasadnienie:

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................*

W załączeniu do wniosku przedkładam:

·aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

·dokumenty **imienne** potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakup leków

·oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny

·...........................................................................................................................................

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

........................................... ...........................................

/Miejscowość i data/ /Podpis wnioskodawcy/

Dyrektor Szkoły/Przedszkola opiniuje **pozytywnie/ negatywnie** */właściwe podkreślić/*

..............................................................  
/Data, pieczątka i podpis dyrektora

Załącznik Nr 2 do Załącznika do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

…………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku  
Informuję, że w skład mojej rodziny, wchodzą następujące osoby/ jestem osobą samotną\*:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Miejsce pracy/ szkoła |
| 1. |  | ----------- | ----------- | pracownik/emeryt\* |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

**Średni miesięczny dochód brutto z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku\*\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | **Miesięczny dochód (brutto)** | Umowa  o pracę  TAK/NIE | Emerytura renta  TAK/NIE | Zasiłek dla bezrob.  TAK/NIE | Dochód  z pracy za granicą TAK/NIE | Działalność gospodarcza  TAK/NIE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna suma średnich miesięcznych dochodów wszystkich osób wynosi: ……………….. zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym uwzględniona przy wyliczeniu:………

**Średni dochód miesięczny brutto przypadający na osobę wynosi: ……….... zł**

……………………………………………

(data i podpis składającego informację)

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) oznacza łączny dochód brutto, każdego członka rodziny prowadzącego wspólne gospodarstwo domowe W przypadku dochodu uzyskiwanego z gosp. rolnego, podobnie jak przy świadczeniach rodzinnych co wynika z art.5 ust.8 ustawy z dn. 28 listopada 2003 r. (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1952, z późn. zm.), przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie , w drodze obwieszczenia przez Prezesa GUS, na podst. art. 18 ustawy z dn. 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 617 i 1579 oraz z 2017 r. poz. 624, 1282 i 1529).

**Uzasadnienie**

Podjęcie niniejszej uchwały jest wykonaniem zapisów ustawy Karta Nauczyciela. Zgodnie  
z art. 72 ust. 1 tej ustawy – niezależnie od przysługującego nauczycielowi i członkom jego rodziny prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, organy prowadzące szkoły przeznaczą corocznie w budżetach odpowiednie środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określą rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy jak również warunków i sposobu ich przyznawania. Z kolei ust. 4 stanowi, że uprawnienia te zachowują także nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne. W myśl art. 91d pkt 1 Karty Nauczyciela, kompetencje organu prowadzącego w tym zakresie wykonuje rada gminy. Ponadto art. 91b ust. 1 ustawy określa, że do nauczyciela zatrudnionego w wymiarze niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć nie stosuje się przepisów art. 72 ust.1. Wynika z tego, że z pomocy mogą skorzystać jedynie nauczyciele zatrudnieni w wymiarze co najmniej pół etatu.

Projekt uchwały został pozytywnie zaopiniowany przez Zarząd Oddziału ZNP w Gostycynie.