

**UCHWAŁA NR XXIV/162/2020
RADY MIEJSKIEJ W SIERADZU**

z dnia 20 marca 2020 r.

w sprawie określenia rodzajów, warunków i sposobu przyznawania świadczeń z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Miasto Sieradz

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506, 1309, 1571, 1696, 1815) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) środków przeznaczonych w budżecie Miasta Sieradza na ten cel;
- 2) rodzaju i przebiegu choroby wnioskodawcy;
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy;
- 4) wysokości poniesionych i udokumentowanych przez wnioskodawcę kosztów związanych z leczeniem.

§ 2. Pomoc zdrowotna może być przyznana w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą nauczyciela lub chorobą o ciężkim przebiegu;
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 4) długotrwałą rehabilitacją;
- 5) nagłym zdarzeniem losowym, w wyniku którego nastąpiło naruszenie zdrowia.

§ 3. 1. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej należy złożyć na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć:

- 1) oryginał zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego wystąpienie, co najmniej jednego ze stanów wymienionych w § 2 wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące poprzedzające termin złożenia wniosku;
- 2) imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w okresie 12 miesięcy przed terminem złożenia wniosku (w szczególności imienne faktury lub rachunki za: leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup leków, zakup specjalistycznego sprzętu);
- 3) oświadczenie o średnim miesięcznym dochodzie netto przypadającym na jednego członka rodziny nauczyciela z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, według wzoru określonego w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały;
- 4) ewentualnie inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. Wniosek wraz z załącznikiem i dokumentami, o których mowa w ust. 2 należy składać w zamkniętej kopercie z napisem „WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA” do Prezydenta Miasta Sieradza.

4. Złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej nie jest równoznaczne z przyznaniem świadczenia.

§ 4. 1. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania.

2. W przypadku nieusunięcia braków formalnych w terminie, o którym mowa w ust. 1, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

§ 5. 1. O przyznaniu i wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania decyduje Prezydent Miasta Sieradza.

2. Od rozstrzygnięcia, o którym mowa w ust. 1, odwołanie nie przysługuje.

3. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez placówkę oświatową po zabezpieczeniu przez organ prowadzący środków na ten cel.

4. O przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej wnioskodawca zawiadamiany jest w formie pisemnej.

§ 6. Pomoc zdrowotna może być udzielona nauczycielowi tylko jeden raz w roku kalendarzowym.

§ 7. Traci moc uchwała Nr XXVIII/242/2008 Rady Miejskiej w Sieradzu z dnia 22 grudnia 2008 r. w sprawie regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2008 r. Nr 405 poz. 4248).

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Sieradza.

§ 9. 1. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego.

2. Uchwała podlega podaniu do publicznej wiadomości poprzez rozplakatowanie na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Sieradza, a także poprzez zamieszczenie jej treści na stronie internetowej Urzędu Miasta Sieradza.

Wiceprzewodniczący Rady
Miejskiej w Sieradzu

Marcin Sośnicki

WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko nauczyciela	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu do kontaktu	
Nazwa placówki, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony	
Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – wpisać właściwe)	
Data ostatniej udzielonej pomocy zdrowotnej	

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną w wysokości zł.

Uzasadnienie

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

Do wniosku załączam:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)

Dane osób ubiegających się o świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej przetwarzane są na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) w związku z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 stycznia 2019 r. o ochronie danych osobowych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości (Dz. U. z 2019 r. poz. 125).

W związku z obsługą procedury przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Miasto Sieradz, Wydział Edukacji i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Sieradza zbiera i przetwarza dane nauczycieli ubiegających się o świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanym dalej RODO, informuję:

Administratorem Pana/Pani danych jest Prezydent Miasta Sieradza z siedzibą w Sieradzu, pl. Wojewódzki.

Dane gromadzone są w celu prawidłowej obsługi procesu przyznawania pomocy zdrowotnej. Dostęp do danych zawartych we wniosku posiadają pracownicy Wydziału Edukacji i Spraw Społecznych.

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie przez Pana/Panią swoich danych jest dobrowolne, ale stanowi warunek konieczny do ubiegania się o pomoc zdrowotną.

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

II. WYPEŁNIA DYREKTOR PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

1. Potwierdzam, że Pani/Pan jest*:

- czynnym nauczycielem
- emerytem
- rencistą
- nauczycielem pobierającym świadczenie kompensacyjne

* zaznaczyć właściwe

.....
(pieczęć placówki)

.....
(data i podpis dyrektora)

III. DECYZJA PREZYDENTA MIASTA SIERADZA

1. Przyznaję Pani/Panu świadczenie
pieniężne w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości zł (słownie złotych:
.....)

2. Nie przyznaję Pani/Panu świadczenia pieniężnego
w ramach pomocy zdrowotnej – uzasadnienie decyzji:

.....
.....

(data i podpis Prezydenta Miasta Sieradza)

Wiceprzewodniczący Rady
Miejskiej w Sieradzu

Marcin Sośnicki

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XXIV/162/2020
Rady Miejskiej w Sieradzu
z dnia 20 marca 2020 r.

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA

o średnim miesięcznym dochodzie netto przypadającym na jednego członka rodziny nauczyciela

Oświadczam, iż pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z niżej wymienionymi członkami rodziny:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa

Średni miesięczny dochód netto* przypadający na jednego członka mojej rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających data złożenia wniosku wynosi zł.**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)

* Dochód netto = przychód – koszty uzyskania przychodu

** Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu, uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

Wiceprzewodniczący Rady
Miejskiej w Sieradzu

Marcin Sońnicki