

**UCHWAŁA NR XV/113/2020**  
**RADY GMINY ZABRODZIE**  
**z dnia 25 lutego 2020 roku**

**zmieniająca uchwałę Nr XII/79/2019 Rady Gminy Zabrodzie z dnia 26 listopada 2019 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

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, z późn. zm.), w związku z art. 72 ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz.2215) Rada Gminy Zabrodzie, uchwała co następuje:

§ 1. W uchwale Nr XII/79/2019 Rady Gminy Zabrodzie z dnia 26 listopada 2019 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Maz. z 2019 r. poz. 13770) załącznik Nr 1 do załącznika do uchwały otrzymuje brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Zabrodzie.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od daty jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....  
 Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
 Adres zamieszkania

.....  
 Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego o chorobie nauczyciela;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty: imienny dokument potwierdzający poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem leków albo sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub inne;
- 3) wyszczególnienie kosztów poniesione w związku z długotrwałym leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
- 5) oświadczenie o dochodzie na jednego członka w rodzinie wnioskodawcy.

.....  
 miejscowość i data

.....  
 podpis wnioskodawcy

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....  
 .....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

.....  
 .....

Udzielono /nie udzielono/ pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł (słownie złotych:  
 .....)

.....  
 (podpis Wójta )

**Oświadczenie o sytuacji materialnej nauczyciela**

.....  
( imię i nazwisko nauczyciela)

.....  
( adres)

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) .....

**Oświadczenie o dochodach:**

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy wynosi .....

\*Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychody, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu ( do dochodu wlicza się: wszystkie zasiłki, dochód z prowadzenia gospodarstwa rolnego, prowadzenia działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło) uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.