



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia 17 czerwca 2015 r.

Poz. 5526

### UCHWAŁA NR IX/41/2015 RADY POWIATU LIPSKIEGO

z dnia 29 kwietnia 2015 r.

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

*Na podstawie*

- art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.),

- oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 191). Rada Powiatu uchwala, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Lipski, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Lipskiego.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr XVIII/111/2008 Rady Powiatu Lipskiego z dnia 31 marca 2008 roku w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Lipski oraz przyjęcia regulaminu gospodarowania tymi środkami.

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Przewodnicząca Rady Powiatu:  
*Jadwiga Buza*

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr IX/41/2015  
Rady Powiatu Lipskiego  
z dnia 29 kwietnia 2015 r.

**§ 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest ze środków finansowych przeznaczonych corocznie na ten cel w uchwale budżetowej Powiatu Lipskiego.

**§ 2.** Ilekroć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

1. szkole - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 1 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Powiat Lipski;

2. nauczycielu - należy przez to rozumieć również wychowawców oraz innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w pkt. 1), a także nauczycieli, którzy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne byli zatrudnieni w tych jednostkach;

3. dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt. 1);

4. wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;

5. świadczeniu - należy przez to rozumieć świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

**§ 3. 1.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) długotrwałą chorobą (chorobą nieuleczalną, chorobą przewlekłą),
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) nagłym zdarzeniem losowym (nagłą ciężką chorobą, wypadkiem),
- 4) leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 5) długotrwałą rehabilitacją związaną z chorobą lub powypadkową.

2. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów:

- 1) specjalistycznego leczenia, w tym korzystania z konsultacji lekarza specjalisty, wykonywania na podstawie skierowania specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów medycznych,
- 2) opieki nad chorym w domu, w tym zapewnienia dodatkowej opieki, korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 3) usług rehabilitacyjnych,
- 4) zakupu leków zleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- 5) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza lub osobę uprawnioną (w tym - nie częściej niż raz na 3 lata - szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych oraz protez),
- 6) pobytu na turnusie rehabilitacyjnym lub leczenia uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

**§ 4. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego świadczenia pieniężnego.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby, a także innych okoliczności związanych z chorobą, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów, o których mowa w § 3 ust. 2, w odniesieniu do sytuacji materialnej nauczyciela,
- 3) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela,
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie powiatu na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy załączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela (określenie charakteru choroby, stosowane leczenie i wskazania dotyczące zdiagnozowanego schorzenia: zlecone leki, leczenie specjalistyczne, konieczność wykonywania badań diagnostycznych lub zabiegów, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, konieczność zaopatrzenia ortopedycznego, konieczność stosowania rehabilitacji, zalecenie dotyczące stosowania wyrobów medycznych lub środków pomocniczych, wskazanie do kontynuacji leczenia na turnusie rehabilitacyjnym lub w sanatorium), wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia za okres 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, jednak nie później niż do dnia 15 czerwca danego roku,
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (średni miesięczny dochód brutto nauczyciela, współmałżonka i dorosłych członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, wraz z oświadczeniem o liczbie osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu nauczyciela - przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 26 roku życia - z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny), na druku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

3. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej.

§ 6. 1. Wniosek, o którym mowa w § 5, nauczyciel składa za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony, **do dnia 15 czerwca** danego roku.

2. Dyrektor Szkoły przedkłada wniosek do Komisji Zdrowotnej celem zaopiniowania.

3. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się za pośrednictwem dyrektora tylko jednej ze szkół.

4. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

5. W przypadku likwidacji szkoły, będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wniosek składa się za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

6. Na wniosku dyrektor potwierdza zatrudnienie nauczyciela, a w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne potwierdza fakt odejścia nauczyciela na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z danej szkoły.

7. Potwierdzony wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 2, składany jest do Starostwa Powiatowego w Lipsku **do 5 lipca** danego roku.

§ 7. 1. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 2, nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

2. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust 1, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

§ 8. 1. Wnioski o pomoc zdrowotną są rozpatrywane w terminie do **31 sierpnia** danego roku.

2. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Starosta, biorąc pod uwagę okoliczności wymienione w § 3 i § 4 oraz sytuację materialną nauczyciela, którego wniosek dotyczy.

3. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej musi zawierać uzasadnienie.

4. Od decyzji Starosty w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej nie przysługuje odwołanie.

5. O przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej, nauczyciel zawiadamiany jest w formie pisemnej.

**§ 9. 1.** Pomoc zdrowotna dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej udzielana jest raz w roku budżetowym.

2. Wysokość wszystkich przyznanych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kwoty przeznaczonej na ten cel w uchwale budżetowej.

3. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

Przewodnicząca Rady Powiatu:  
*Jadwiga Buza*

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr IX/41/2015  
Rady Powiatu Lipskiego  
z dnia 29 kwietnia 2015 r.

Załącznik nr 1  
do Regulaminu przyznawania  
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**WNIOSEK**  
**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....  
Nazwisko i imię nauczyciela

.....  
Adres i nr telefonu

.....  
Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....  
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony

**Wypełnia dyrektor szkoły:**

Potwierdza się, że Pan(i) ..... jest osobą  
uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w ..... w łącznym wymiarze ..... etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....
- 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły ....., pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,

dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany

w .....

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)

**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:**

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

**Wnioskuje o przyznanie kwoty ..... zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia.**

.....

Przyznane świadczenie proszę przekazać na konto (nazwa banku i numer konta)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej),
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku),
- 4) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
- 5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy (wymienić, dołączyć potwierdzone kserokopie):

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

(miejscowość, data)

(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)

---

#### **Decyzja Starosty Lipskiego:**

Działając na podstawie Uchwały Nr ...../...../2015 Rady Powiatu Lipskiego z dnia ..... 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz w oparciu o załączoną dokumentację, postanawiam, co następuje:

**Przyznaję** \* Pani(u) ..... świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: ..... zł (słownie złotych: .....)

**Nie przyznaję** \* Pani(u) ..... pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):  
.....  
.....

\* zaznaczyć właściwe

.....  
(data i podpis Starosty)

Przewodnicząca Rady Powiatu:  
*Jadwiga Buza*

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr IX/41/2015  
Rady Powiatu Lipskiego  
z dnia 29 kwietnia 2015 r.

Załącznik nr 2  
do Regulaminu przyznawania  
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**OŚWIADCZENIE**  
**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

.....  
Nazwisko i imię nauczyciela  
.....

.....  
Adres i telefon  
.....

**Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.**

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto (w zł)
1	<b>Liczba osób w rodzinie</b> (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2	<b>Dochód nauczyciela</b> ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	<b>Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny</b> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	<b>Łączny dochód rodziny</b> uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	<b>Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny</b> (poz. 4 : poz. 1, podzielony przez 3)	

\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód

z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło),

uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

**Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku.....**

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

Przewodnicząca Rady Powiatu:  
*Jadwiga Buza*