



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 2 listopada 2015 r.

Poz. 8653

UCHWAŁA NR VII/60/2015 RADY POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO

z dnia 10 września 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 (Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.)¹⁾ oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191)²⁾ Rada Powiatu Warszawskiego Zachodniego 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 Warszawski Zachodni, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Warszawskiego Zachodniego.

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

Przewodniczący Rady:
Jerzy Wójcik

¹⁾ Opracowano na podstawie: Dz.U. z 2013 r. poz. 595, 645, z 2014 r. poz. 379, 1072, z 2015 r. poz. 871

²⁾ Opracowano na podstawie: Dz. U. z 2014 r. poz. 191, 1198, z 2015 r. poz. 357.

Załącznik do uchwały Rady Powiatu Warszawskiego Zachodniego Nr VII/60/2015
z dnia 10 września 2015 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Warszawski Zachodni

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

§ 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 Warszawski Zachodni;
- 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 (choroba nieuleczalna, choroba przewlekła),
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek),
- 4) leczeniem szpitalnym oraz koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 5) długotrwałą rehabilitacją powypadkową lub związaną z chorobą.

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 pielęgniarsko – 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 – szkielek 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 rozpatrywanych 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, leczenia 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 31 sierpnia 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 przypadającego 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 31 sierpnia danego roku.

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

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

4. 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).

5. 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.

6. Potwierdzony wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 2, składany jest do Starostwa Powiatu Warszawskiego Zachodniego, do dnia 10 października 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 rozpatrywane są w terminie do dnia 30 listopada 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.

Załączniki:

1. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.
2. Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela.

Załącznik nr 1 do regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół
i placówek, dla których organem prowadzącym jest
Powiat Warszawski Zachodni

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),
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
- 4) 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 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 Warszawskiego Zachodniego:

Działając na podstawie Uchwały Nr/...../2015 Rady Powiatu Warszawskiego Zachodniego z dnia września 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznania 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)

Załącznik nr 2 do regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Warszawski Zachodni

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

* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasilki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasilki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskany 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 zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)