



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia 4 stycznia 2016 r.

Poz. 3

### UCHWAŁA NR X/80/2015 RADY POWIATU W OSTROWI MAZOWIECKIEJ

z dnia 26 listopada 2015 r.

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Ostrowski 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 2015 r., poz. 1445) 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 (Dz.U. z 2014 r. Nr 191, zm: Dz.U. z 2015 r. poz. 357) uchwała się, co następuje:

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

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

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego i ma zastosowanie od 1 stycznia 2016 r.

Przewodniczący Rady Powiatu

**Dariusz Stanisław Rafalik**

Załącznik do Uchwały Nr X/80/2015  
Rady Powiatu w Ostrowi Mazowieckiej  
z dnia 26 listopada 2015 r.

### **Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

§ 1. 1. Niniejszy Regulamin stosuje się w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Ostrowski.

2. Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa uchwała budżetowa.

§ 3. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem z powodu choroby zawodowej,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 4) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 5) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową,
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie.

2. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje całkowitą lub częściową refundację poniesionych przez nauczyciela kosztów:

- 1) zakupu leków i materiałów medycznych,
- 2) rehabilitacji,
- 3) opieki nad chorym w domu,
- 4) leczenia specjalistycznego,
- 5) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

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

2. Pomoc zdrowotna, o której mowa w ust. 1 jest zapomogą o charakterze socjalnym.

3. Wysokość jednorazowego świadczenia nie może przekroczyć kwoty 800 zł.

4. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest w szczególności od:

- 1) wpływu choroby na sytuację materialną nauczyciela (przebieg choroby, specjalistyczne badania, dodatkowa opieka, dojazdy),
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela.

5. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej jest uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Powiatu Ostrowskiego oraz od liczby złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

6. Pomoc zdrowotna, o której mowa w ust. 1, korzysta ze zwolnienia od podatku dochodowego w przypadkach określonych w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych – w pozostałych przypadkach podlega opodatkowaniu.

7. Pomoc zdrowotna, o której mowa w ust. 1, nie stanowi podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

**§ 5. 1.** Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

- 1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, zatrudnieni w wymiarze co najmniej  $\frac{1}{2}$  obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Ostrowski,
- 2) nauczyciele emeryci i renciści, bez względu na datę przejścia na emeryturę lub rentę, a także pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ze szkół lub placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Ostrowski.

2. Warunek dotyczący wymiaru zatrudnienia uważa się również za spełniony, gdy nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze niższym niż określony w ust. 1 pkt.1, lecz łączny wymiar jego zatrudnienia stanowi co najmniej  $\frac{1}{2}$  obowiązkowego wymiaru zajęć.

**§ 6. 1.** Warunkiem przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy załączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego,
- 2) oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny oraz oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia, na druku stanowiącym załącznik nr 2 do regulaminu.

3. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z uzyskaniem prawa do przyznania świadczenia.

**§ 7. 1.** Wniosek, o którym mowa w § 6, nauczyciel składa w Starostwie Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej

2. Wnioski rejestrowane są przez Stanowisko ds. Oświaty i Kultury w Starostwie Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej.

**§ 8. 1.** Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej mogą być składane w trzech terminach – do 31 marca, 31 lipca, 30 października – w danym roku budżetowym.

2. Za datę złożenia wniosku przyjmuje się datę złożenia dokumentacji pozbawionej uchybień formalnych.

3. O przyznanie pomocy zdrowotnej można ubiegać się nie częściej niż raz na dwa lata.

**§ 9. 1.** Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatrywane są w terminach – do 30 kwietnia, 30 sierpnia, 30 listopada- danego roku.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek może być rozpatrzony w innym terminie.

**§ 10. 1.** Decyzję o przyznaniu oraz o wysokości świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Zarząd Powiatu Ostrowskiego w formie uchwały.

2. O przyznaniu pomocy zdrowotnej lub odmowie przyznania pomocy, nauczyciel zawiadamiany jest w formie pisemnej.

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

Załącznik Nr 1 do regulaminu przyznawania pomocy  
zdrowotnej dla nauczycieli

Zarząd Powiatu  
w Ostrowi Mazowieckiej

**WNIOSEK  
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....  
Imię i nazwisko nauczyciela

.....  
Adres zamieszkania, telefon kontaktowy

.....  
Miejsce pracy – dla emerytów i rencistów byłe miejsce pracy

**Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej**

Uzasadnienie:

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

W załączeniu przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) oświadczenie o sytuacji finansowej oraz oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....

.....  
( data i podpis wnioskodawcy)

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik Nr 2  
do Regulaminu przyznawania  
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....  
(adres)

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę ..... (słownie zł: .....)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH LECZENIA

Oświadczam, że poniesione koszty leczenia za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniosły:

- |                                        |   |       |
|----------------------------------------|---|-------|
| 1. Zakup leków i materiałów medycznych | - | ..... |
| 2. Rehabilitacja                       | - | ..... |
| 3. Opieka nad chorym w domu            | - | ..... |
| 4. Leczenie specjalistyczne            | - | ..... |
| 5. Zakup sprzętu rehabilitacyjnego     | - | ..... |
| 6. Inne .....                          | - | ..... |

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Świadomy odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)