



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 29 listopada 2022 r.

Poz. 12242

UCHWAŁA NR XLVIII/326/2022 RADY POWIATU W ZWOLENIU

z dnia 21 listopada 2022 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. 4 ust. 1 pkt 2, art. 9 ust. 1, art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj 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 zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Zwoleński, nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli wyodrębnia się w każdym roku w uchwale budżetowej Powiatu Zwoleńskiego.

§ 3. Traci moc Uchwała Nr XXXVI/226/09 Rady Powiatu w Zwoleniu z dnia 20 lutego 2009 roku w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Zwoleński oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2023 roku.

Przewodniczący Rady Powiatu

inż. Piotr Fijolek

Załącznik
do UCHWAŁY Nr XLVIII/326/2022
RADY POWIATU W ZWOLENIU
z dnia 21 listopada 2022 r.

**Regulamin
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych
prowadzonych przez Powiat Zwoleński, nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne**

§ 1.

Niniejszy regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki i sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2.

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
- 3) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
- 4) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) sytuacji zdrowotnej i materialnej nauczyciela;
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia lub zakupów, o których mowa w ust. 1 pkt 4;
- 3) wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

§ 3.

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzającego leczenie nauczyciela, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 1-3, konieczność zakupu wyrobów, urządzeń lub środków, o których mowa §2 ust. 1 pkt 4, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatków wymienionych we wniosku;
- 3) oświadczenie o dochodach, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

3. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej wraz z załącznikami, o których mowa w ust. 2, należy złożyć w sekretariacie Starostwa Powiatowego w Zwoleniu ul. Władysława Jagiełły 4, osobiście lub za pośrednictwem poczty, po uprzednim potwierdzeniu zatrudnienia przez dyrektora szkoły/placówki, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę/rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, należy złożyć w terminie do 31 maja lub 31 października danego roku.

5. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli rozpatruje Zarząd Powiatu w Zwoleniu dwa razy w roku w terminach do dnia 30 czerwca oraz do dnia 30 listopada.

6. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji, o której mowa w ust. 2, nie podlegają rozpatrzeniu.

7. Nieprzyznanie pomocy zdrowotnej wymaga pisemnego uzasadnienia i poinformowania nauczyciela.

§ 4.

1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną jeden raz w danym roku. W szczególnie uzasadnionych przypadkach można przyznać pomoc zdrowotną dwa razy w danym roku, w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

§ 5.

Wpłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest w kasie Starostwa Powiatowego w Zwoleniu lub na konto bankowe wskazane we wniosku.

§ 6.

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

Załącznik nr 1
do Regulaminu

Zarząd Powiatu w Zwoleniu

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I. Wypełnia Nauczyciel

1. Imię i nazwisko

2. Adres zamieszkania

3. Telefon kontaktowy.....

4. Nazwa szkoły/placówki, w której nauczyciel jest/był* zatrudniony

.....

.....

5. Wpłata świadczenia w kasie/na rachunek bankowy*

.....

(w przypadku wyboru rachunku bankowego, należy podać jego numer)

6. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (właściwe zaznaczyć):

- Zaświadczenie lekarskie
- Imienne faktury lub rachunki
- Oświadczenie o dochodach

.....

.....

(miejsowość i data)

(podpis Nauczyciela)

II. Potwierdzenie zatrudnienia przez Dyrektora szkoły/placówki

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

.....

(pieczęć szkoły/placówki)

.....

(data i podpis Dyrektora)

III. Wypełnia organ przyznający pomoc zdrowotną

- 1. Wniosek spełnia/nie spełnia* wymogi/wymogów Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Zwoleński, nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.
- 2. Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości.....zł/
nie przyznaję świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie)

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

.....
(data i podpis Przewodniczącego Zarządu)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2
do Regulaminu

.....
(imię i nazwisko Nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny
wyliczony z roku poprzedniego wynosi

.....
(data i podpis Nauczyciela)