



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia 3 stycznia 2023 r.

Poz. 59

### UCHWAŁA NR L/306/2022 RADY POWIATU NOWODWORSKIEGO

z dnia 29 grudnia 2022 r.

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 oraz art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 920 ze zm.) w związku z art. 72 ust.1 i 4 i z art.91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762) 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 Nowodworski oraz warunki i sposób ich przyznawania w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

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

**§ 3.** Traci moc Uchwała nr XXIX/182/2009 Rady Powiatu Nowodworskiego z dnia 29 stycznia 2009 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski.

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

Przewodniczący Rady Powiatu

**Zdzisław Szmytkowski**

Załącznik nr 1  
do Uchwały Nr L/306/2022  
Rady Powiatu Nowodworskiego  
z dnia 29 grudnia 2022 roku

## **Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski**

### Rozdział I Postanowienia ogólne

#### § 1.

Niniejszy 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.

1. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:
  - 1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni zatrudnieni, w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski,
  - 2) nauczyciele, którym ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne była szkoła lub placówka, dla której organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski.
2. Na pomoc zdrowotną dla nauczycieli przeznaczają się corocznie w budżecie Powiatu Nowodworskiego środki finansowe w wysokości 0,3% planowanych wydatków na wynagrodzenia dla nauczycieli.

### Rozdział II Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

#### § 3.

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:
  - 1) długotrwałą lub ciężką chorobą nauczyciela;
  - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
  - 3) leczeniem sanatoryjnym, niefinansowanym przez NFZ lub ZUS;
  - 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkowymi.
2. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów:
  - 1) leczenia specjalistycznego w tym: badań diagnostycznych, konsultacji, hospitalizacji i leczenia sanatoryjnego, zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu środków farmaceutycznych i dietetycznych związku z prowadzoną terapią, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej, transportu medycznego;
  - 2) zakupu sprzętu do rehabilitacji, zakupu szkielek korekcyjnych, aparatu słuchowego, dofinansowanie usług protetyki stomatologicznej, zakupu protez, aparatury medycznej;
3. Maksymalna wysokość przyznanej nauczycielowi pomocy zdrowotnej w danym roku budżetowym nie może być wyższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 roku o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

## § 4.

1. Z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu, nauczyciel występuje do Starosty Nowodworskiego w terminie do dnia 30 kwietnia lub w terminie do dnia 30 października danego roku budżetowego.
2. Do wniosku należy dołączyć:
  - 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, wydane nie wcześniej niż jeden miesiąc przed dniem złożeniem wniosku.
  - 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku,
  - 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,
  - 4) oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Wnioski należy składać w Wydziale Obsługi Szkół i Edukacji w Starostwie Powiatowym w Nowym Dworze Mazowieckim.
4. Wnioski złożone w terminie do dnia 30 kwietnia będą rozpatrywane w terminie do dnia 31 maja, a wnioski złożone w terminie do dnia 30 października będą rozpatrywane w terminie do 30 listopada.
5. Jeżeli wnioski nie będą zawierały dokumentów, o których mowa § 4. ust. 2, wzywa się wnioskodawcę do uzupełnienia dokumentów w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. W przypadku nieuzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie, wniosek pozostawia się bez rozpoznania.
6. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

## Rozdział III

## Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

## § 5.

1. Nauczyciel może ubiegać się o świadczenia przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej jeden raz w roku budżetowym, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, nauczyciel może ubiegać się o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dwa razy w roku budżetowym.
3. Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
4. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od:
  - 1) przebiegu choroby, w szczególności jej przewlekłości i uciążliwości powodującej konieczność zapewnienia dodatkowej opieki;
  - 2) wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie powiatu
  - 3) liczby składanych wniosków;
  - 4) sytuacji materialnej nauczyciela oraz osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe.

## § 6.

1. Wydział Obsługi Szkół i Edukacji Starostwa Powiatowego w Nowym Dworze Mazowieckim zapewnia obsługę merytoryczną i administracyjną związaną z rozpatrywaniem wniosków o pomoc zdrowotną. Decyzję w sprawie pomocy zdrowotnej podejmuje Starosta Nowodworski.
2. Decyzja w sprawie przyznanej pomocy zdrowotnej lub o odmowie jej przyznania jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.
3. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę.

## Rozdział IV

## Postanowienia końcowe

## § 7.

1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
2. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

Załącznik nr 1  
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach,  
dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski

Starosta Nowodworski  
ul. I. Paderewskiego 1B  
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki

**WNIOSEK**  
**o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli**

Wypełnia wnioskodawca:

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy: (uzupełnić poniżej)  
.....
2. Adres zamieszkania wnioskodawcy: (uzupełnić poniżej)  
.....
3. Status nauczyciela - nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (uzupełnić poniżej)  
.....
4. Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony (uzupełnić poniżej)  
.....
5. Numer telefonu kontaktowego do wniosku – informacja dodatkowa (uzupełnić poniżej)  
.....

Wypełnia dyrektor szkoły:

- Potwierdza się, że Pan/Pani (wpisać imię i nazwisko) .....  
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:
- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w (miejsce na wpisanie placówki poniżej)  
..... w łącznym wymiarze (wpisać wymiar poniżej)  
..... etatu;
  - 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....
  - 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły (wpisać nazwę poniżej)  
....., pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielski świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na ZFŚS jest naliczany w (uzupełnić poniżej)  
.....

Data, podpis dyrektora szkoły oraz pieczęć szkoły (miejsce poniżej)

.....

Uzasadnienie wniosku oraz informacje dodatkowe – wypełnia wnioskodawca:

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia z funduszu zdrowotnego ze względu na (wpisać uzasadnienie prośby poniżej):  
.....  
.....  
.....

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku (wpisać rok) .....  
w wysokości (wpisać kwotę) .....zł.

2. W przypadku przyznania środków finansowych stanowiących świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla

nauczycieli, proszę o ich przekazanie: na mój rachunek bankowy o nr (wpisać numer rachunku poniżej)

.....

lub wypłatę w formie gotówki w kasie bankowej (niewłaściwe skreślić):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1).

3. Do wniosku załączam następujące dokumenty (niewłaściwe skreślić):

- 1) zaświadczenie o stanie zdrowia nauczyciela,
- 2) oryginalne, imienne, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na członka rodziny (brutto),
- 4) inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

Miejscowość, data oraz czytelny podpis wnioskodawcy (miejsce poniżej)

.....

.....

Załącznik nr 2  
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach,  
dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski

**OŚWIADCZENIE**  
**o sytuacji materialnej wnioskodawcy (nauczyciela)**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny wyliczony na podstawie dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych za wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym brutto wynosi: (proszę wpisać kwotę) ..... zł  
(proszę wpisać kwotę słownie: .....).

Świadomy/a 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1781)

Miejscowość, data (uzupełnić) .....

Podpis (proszę uzupełnić poniżej)

.....

Załącznik nr 3  
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach,  
dla których organem prowadzącym jest Powiat Nowodworski

**REJESTR**  
**wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**  
**korzystających z pomocy zdrowotnej**

L.p.	Imię i Nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia/ emeryt/ rencista	Cel pomocy zdrowotnej	Przyznana kwota świadczenia	Data przyznania pomocy zdrowotnej	Uwagi