



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

---

Białystok, dnia 19 listopada 2015 r.

Poz. 3720

### UCHWAŁA NR X/83/2015 RADY POWIATU WYSOKOMAZOWIECKIEGO

z dnia 16 listopada 2015 r.

#### **w sprawie określenia rodzajów świadczeń na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1445) w związku z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 191, z 2015 r. poz. 357) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej uprawnieni są nauczyciele w rozumieniu [ustawy](#) z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, zatrudnieni w wymiarze co najmniej połowy obowiązkowego wymiaru zajęć w szkołach i placówkach prowadzonych przez Powiat Wysokomazowiecki, którzy:

- 1) leczą się z powodu przewlekłej i ciężkiej choroby, ponosząc stałe koszty związane z chorobą;
- 2) długotrwale korzystają z pomocy lekarza specjalisty i ponoszą z tego tytułu wydatki;
- 3) ponoszą koszty zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego lub niezbędnej aparatury i środków medycznych nie dofinansowanych w ramach innych programów.

2. Uprawnienie do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej przysługuje również emerytowanemu nauczycielowi i nauczycielowi na rencie lub nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym, który bezpośrednio przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w szkole lub placówce.

3. Warunek dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak w wymiarze, co najmniej połowy obowiązującego go wymiaru zajęć.

§ 2. 1. Świadczenie pomocy zdrowotnej udzielane jest w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego na pisemny wniosek o udzielenie pomocy zdrowotnej, zwany dalej „wnioskiem”, złożony przez nauczyciela albo inną upoważnioną przez nauczyciela osobę, jeżeli stan zdrowia nauczyciela nie pozwala na złożenie wniosku osobiście.

2. Wniosek składa się do Starosty Wysokomazowieckiego najpóźniej do 15 listopada każdego roku kalendarzowego.

3. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
  - a) leczenie związane z przewlekłą i ciężką chorobą,
  - b) leczenie specjalistyczne,
  - c) stosowanie protezy, sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury i środków medycznych;
  - d) pobyt w szpitalu;

- 2) faktury lub rachunki potwierdzające dokonanie wydatku związanego z leczeniem lub zakupem, o których mowa w § 1 ust. 1;
- 3) upoważnienie (stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego o pełnomocnictwie), w przypadku o którym mowa w ust. 1;
- 4) oświadczenie nauczyciela o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, uzyskanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku, według wzoru stanowiącego załącznik do wniosku.

4. Wzór wniosku stanowi załącznik do uchwały.

**§ 3.1.** W budżecie powiatu wysokomazowieckiego zabezpiecza się corocznie odpowiednie środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

2. Wysokość świadczenia pomocy zdrowotnej ustala Starosta Wysokomazowiecki biorąc pod uwagę w szczególności posiadane środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz sytuację materialną nauczyciela, którego wniosek dotyczy.

3. W razie wątpliwości w złożonym wniosku i dokumentacji Starosta Wysokomazowiecki może prosić o złożenie dodatkowych dokumentów i wyjaśnień.

4. O przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia Starosta Wysokomazowiecki zawiadamia nauczyciela na piśmie.

5. Świadczenie pomocy zdrowotnej wypłacane jest z budżetu powiatu.

**§ 4.** W przypadku uzyskania przez nauczyciela pomocy zdrowotnej na podstawie fałszywych danych, nauczyciel, który uzyskał pomoc zdrowotną, obowiązany jest do jej natychmiastowego zwrotu pod rygorem odpowiedzialności karnej z tytułu nienależnie pobranego świadczenia.

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

**§ 6.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od daty ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego, z mocą od 1 stycznia 2016 r.

**Przewodniczący Rady Powiatu**  
***Dorota Łapiak***



3. Oświadczenie nauczyciela o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, uzyskanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenie wniosku według wzoru stanowiącego załącznik do wniosku wraz z dokumentacją potwierdzającą dochód (tj. kopie rocznego zeznania podatkowego PIT, zaświadczenia o dochodach z US, itp.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyznanie świadczenia ze środków finansowych powiatu wysokomazowieckiego przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
data i czytelny podpis nauczyciela

**Opinia dyrektora:**

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

.....  
data i podpis dyrektor

**Załącznik** do wniosku  
o udzielenie pomocy zdrowotnej stanowiącego załącznik  
do uchwały nr X/83/2015  
Rady Powiatu Wysokomazowieckiego  
z dnia 16 listopada 2015 r.

**OŚWIADCZENIE  
o dochodach**

**Dane dotyczące gospodarstwa domowego:**

Oświadczam, że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy - nauki	Wysokość dochodu (brutto) uzyskanego w roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenie wniosku w zł.*
Łączny dochód rodziny (suma dochodów osób w rodzinie)					
Średni dochód na 1 osobę w rodzinie (dochód rodziny podzielony przez liczbę osób w rodzinie)					

\* Dochód powinien być wykazany ze wszystkich źródeł i powinien dotyczyć roku kalendarzowego poprzedzającego rok złożenie wniosku.

Oświadczam, że ja i/lub mój małżonek posiadamy gospodarstwo rolne o powierzchni ..... hektarów.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej