



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 7 grudnia 2016 r.

Poz. 4857

UCHWAŁA NR XXII/183/16 RADY POWIATU W KOSZALINIE

z dnia 27 października 2016 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Koszaliński 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 2016 r. poz. 814 z późn. zm.) 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 2016 r. poz. 1379 j. t.), po zaopiniowaniu przez związki zawodowe 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 Koszaliński oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 2. Ilekroć w uchwale 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 Koszaliński,
- 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 pieniężne przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 6) długotrwałym leczeniu - należy przez to rozumieć leczenie, które trwa dłużej niż 3 miesiące w roku lub wymaga ciągłej hospitalizacji co najmniej przez okres 1 miesiąca w roku,
- 7) długotrwałej rehabilitacji - należy przez to rozumieć specjalne postępowanie rehabilitacyjne z okresem nadzoru trwającym dłużej niż 3 miesiące w roku.

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

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

- 1) długotrwałą, nieuleczalną lub wrodzoną chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją w tym powypadkową,

5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego ułatwiającego dalsze funkcjonowanie.

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

- 1) zakupu leków i materiałów medycznych,
- 2) rehabilitacji,
- 3) badań specjalistycznych,
- 4) dojazdów na specjalistyczne leczenie poza obszar Powiatu Koszalińskiego,
- 5) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 5. 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 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.

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

5. 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.

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

§ 6. 1. Warunkiem przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające: leczenie nauczyciela związane z chorobą: przewlekłą, nieuleczalną lub wrodzoną, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, stosowanie sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, stosowanie leków i materiałów medycznych,
- 2) oświadczenie o dochodach netto przypadających na członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku oraz oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia na druku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

3. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z uzyskaniem świadczenia.

§ 7. 1. Wniosek, o którym mowa w § 6 nauczyciel składa w Starostwie Powiatowym w Koszalinie, w terminach o których mowa w § 9.

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

3. Na wniosku dyrektor potwierdza fakt odejścia nauczyciela na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z danej szkoły lub placówki.

§ 8. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej mogą być składane w dwóch terminach - do dnia: 31 marca i 30 października w danym roku kalendarzowym.

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

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

4. Pomoc zdrowotna dla nauczyciela udzielana jest raz w roku kalendarzowym.

§ 9. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatrywane są w terminach do dnia: 30 kwietnia i 30 listopada w danym roku kalendarzowym.

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

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

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

§ 11. 1. Wysokość wszystkich przyznanych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kwoty przeznaczonej na ten cel w uchwale budżetowej.

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

§ 12. Traci moc uchwała Nr XVIII/181/08 Rady Powiatu Koszalińskiego z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zach. z dnia 3 grudnia 2008 r. Nr 98, poz. 2176).

§ 13. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2017 r.

Przewodniczący Rady

Zenon Dropko

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXII/183/16
Rady Powiatu w Koszalinie
z dnia 27 października 2016 r.

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Zarząd Powiatu w Koszalinie

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Wypełnia nauczyciel:

.....

Imię i nazwisko nauczyciela:

.....

Adres zamieszkania, telefon kontaktowy:

.....

Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista,
pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....

Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony:

.....

Wypełnia dyrektor szkoły - w przypadku nauczyciela pobierającego emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne:

Potwierdza się, że Pani/Pan jest osobą
uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli - jest nauczycielem, który przed przejściem
na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w
.....

.....

(pieczęć szkoły)

.....

(data i podpis dyrektora)

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:

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

W przypadku przyznania świadczenia proszę przekazać je na konto bankowe o numerze (nazwa i adres banku, numer konta bankowego)

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) oświadczenie o sytuacji finansowej oraz oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy i potwierdzające możliwość zwolnienia od podatku (wymienić, dołączyć własnoręcznie potwierdzone kserokopie) :

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku.....

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 j.t.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej .

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XXII/183/16
Rady Powiatu w Koszalinie
z dnia 27 października 2016 r.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

.....
(Imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(Adres)

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

(słownie).....

Sposób wyliczenia:

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 przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1 : podzielony przez 3 miesiące)	

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH LECZENIA

Oświadczam, że poniesione koszty wyniosły:

- 1) na zakup leków i materiałów medycznych -
- 2) na rehabilitację -
- 3) na leczenie specjalistyczne -
- 4) na zakup sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego -
- 5) inne (wymienić jakie) -

.....
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)