

## PROJEKT

UCHWAŁA NR ..../...../2016  
RADY POWIATU W MYŚLIBORZU  
z dnia .....2016 roku

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 oraz art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1445 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 191 ze zm.) Rada Powiatu w Myśliborzu uchwała, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Myśliborski korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 2. Ilekroć w uchwale jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) szkole – należy przez to rozumieć szkołę, zespół szkół, placówkę, dla których organem prowadzącym jest Powiat Myśliborski;
- 2) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w szkole, zespole szkół lub placówce prowadzonej przez Powiat Myśliborski oraz nauczycieli, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z tych jednostek;
- 3) dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt 1);
- 4) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Powiat Myśliborski;
- 5) Staroście – należy przez to rozumieć Starostę Myśliborskiego;
- 6) funduszu zdrowotnym – należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie powiatu na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 7) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 8) świadczeniu – należy przez to rozumieć świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 3.1. Pomoc zdrowotna przeznaczona jest na refundację w całości lub części kosztów korzystania z opieki zdrowotnej przez nauczyciela.

2. Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia finansowego.

§ 4.1. Świadczeniami finansowymi w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków i materiałów medycznych;
- 2) refundacja kosztów specjalistycznego leczenia;
- 3) refundacja kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

2. Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą np. schorzenia nowotworowe, choroby krążenia, cukrzyca, itp.;
- 2) zwiększonymi kosztami długotrwałego leczenia 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 (np. zakup szkieł korekcyjnych, ze względu na wiek i pracę związaną z prowadzeniem dokumentacji) lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie (np. aparat słuchowy, proteza).

3. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną nauczyciela, (np. konieczność stosowania specjalistycznej diety itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów;
- 4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

§ 5.1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać w terminach:

- 1) do dnia 31 maja;
- 2) do dnia 31 października.

3. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności związanych z wypadkiem przy pracy, ciężką przewlekłą lub nieuleczalną chorobą – wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej można złożyć poza terminami określonymi w ust. 2.

4. Do wniosku należy załączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne z koniecznością dalszego leczenia w domu, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (w tym osobiste potwierdzenie przez wnioskodawcę zgodności przedkładanych kserokopii z posiadanym dokumentem);
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w tym osobiste potwierdzenie przez wnioskodawcę zgodności przedkładanych kserokopii dokumentów tj. faktur, imiennych rachunków, poświadczających poniesione koszty zakupu leków, innego sprzętu medycznego lub usługi zdrowotnej z posiadanym dokumentem);
- 3) oświadczenie o sytuacji finansowej rodziny, na druku stanowiącym załącznik Nr 2 do niniejszej uchwały, potwierdzone zaświadczeniem o wysokości dochodów ze wszystkich źródeł, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną, wraz z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny.

5. Nauczyciele emeryci i renciści do wniosku załączają ostatni odcinek emerytury lub renty, albo kopie decyzji z ZUS-u.

§ 6.1. Wniosek, o którym mowa w § 5 ust. 1, nauczyciel lub inna uprawniona osoba kieruje do Starosty za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony.

2. Nauczyciele emeryci i renciści składają wniosek do dyrektora szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę lub rentę.

3. Na wniosku dyrektor potwierdza zatrudnienie nauczyciela, a w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty potwierdza fakt odejścia na emeryturę lub rentę z danej szkoły.

4. Dyrektor opiniuje wniosek i potwierdza załączone do niego dokumenty, a następnie niezwłocznie przekazuje do Starosty. W sytuacji zgłoszenia przez wnioskodawcę aby w sprawie wypowiedział się wskazany przez niego związek zawodowy dyrektor zobowiązany jest zasięgnąć opinii tego związku.

5. Decyzję o przyznaniu lub odmowie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej podejmuje Starosta. Decyzja Starosty odnotowywana jest we wniosku i jest decyzją ostateczną.

6. Informację o rozpatrzeniu wniosku przekazuje się wnioskodawcy w formie pisemnej za pośrednictwem właściwego dyrektora szkoły.

§ 7. Traci moc Uchwała Nr XVI/116/2007 Rady Powiatu w Myśliborzu z dnia 19 grudnia 2007 roku w sprawie Regulaminu określającego rodzaje świadczeń z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Myśliborzu.

§ 9. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Przygotowała:  
Agnieszka Majczyna  
Inspektor w PCOFA w Myśliborzu

DYREKTOR  
*Tadiejusz Grapski*

RADCA PRAWNY  
*mgr Tomasz Domina*  
R-ZG-4298

## UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela w planie finansowym organu prowadzącego szkoły i placówki oświatowe zabezpiecza się środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Przedmiotowy przepis zobowiązuje organy prowadzące szkoły do określenia corocznie w budżetach odpowiednich środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, a także określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Uchwała ma na celu precyzyjne określenie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń.

W świetle wyroków WSA, z uregulowania zawartego w art. 72 Karty Nauczyciela wynika, że administrowanie środkami na pomoc zdrowotną zostało powierzone organowi prowadzącemu, a nie poszczególnym dyrektorom szkół

Biorąc powyższe pod uwagę wnosi się o podjęcie niniejszej uchwały.

  
DYREKTOR  
Tadeusz Grubski

Załącznik Nr 1  
do Uchwały Nr .../.../2016  
Rady Powiatu w Mysłiborzu  
z dnia ..... roku

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres i nr telefonu

.....  
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....  
*(potwierdzenie dyrektora o zatrudnieniu lub przejściu na emeryturę/rentę)*

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.**

**Uzasadnienie:**

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

**Wnioskowana kwota świadczenia wynosi:** .....

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- 4) 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 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015r. Nr 135 ze zm.).

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

Przy opiniowaniu wniosku proszę o zasięgnięcie opinii związku zawodowego.

Proszę wpisać nazwę związku zawodowego.....

\* brak nazwy związku oznacza brak konieczności zasięgnięcia przez dyrektora opinii związku zawodowego.

**Opinia dyrektora szkoły:**

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

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)

**Decyzja Starosty Myśliborskiego:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości: ..... zł  
(słownie złotych: .....)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie) .....

.....  
\* niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis Starosty)

Załącznik Nr 2  
do Uchwały Nr ....../...../2016  
Rady Powiatu w Myśliborzu  
z dnia ..... roku

**OŚWIADCZENIE**  
**o sytuacji finansowej rodziny**

Członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Nazwisko i imię	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/nauki	Wysokość dochodu brutto w zł*
<b>Łączny dochód rodziny</b> (suma dochodów osób w rodzinie)					
<b>Wysokość dochodu przypadająca na jednego członka rodziny</b> (dochód rodziny podzielony przez liczbę osób w rodzinie)					

\*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

Świadoma/y 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 potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)