

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

§ 1.1. Niniejszy regulamin stosuje się w szkołach i placówkach prowadzonych przez Powiat Choszczeński.

2. Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) Regulaminie – rozumie się przez to regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Choszczeński;
- 2) Funduszu – rozumie się przez to Fundusz Zdrowotny dla Nauczycieli;
- 3) Komisji – rozumie się przez to Komisję ds. Funduszu Zdrowotnego.

3. Regulamin określa:

- 1) tryb przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,
- 2) wymagane dokumenty do podania o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,
- 3) zadania Komisji opiniującej wnioski,
- 4) szczegółowe zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, w tym osoby uprawnione do korzystania z pomocy zdrowotnej.

3. Wyodrębnia się w budżecie powiatu środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Choszczeński, korzystających z opieki zdrowotnej, w wysokości 40 zł w przeliczeniu na jednego nauczyciela, zatrudnionego co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru godzin zajęć dydaktyczno – wychowawczych, zwane dalej Funduszem Zdrowotnym dla Nauczycieli

4. Podstawą obliczenia kwoty rocznej będzie aktualna liczba czynnych nauczycieli we wszystkich podległych szkołach i placówkach oświatowych wg stanu na dzień 10 września danego roku szkolnego, poprzedzającego rok budżetowy.

5. Środki z Funduszu niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 2.1. Dysponentem środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest Powiat Choszczeński.

2. Środkami, o których mowa w § 1 zarządza Starosta Choszczeński.

3. W celu racjonalnego i jawnego gospodarowania Funduszem Starosta Choszczeński powołuje Komisję, w składzie:

- 1) kierownik Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Choszczynie, jako przewodniczący,
- 2) pracownik Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Choszczynie,
- 3) przedstawiciel Komisji Edukacji i Zdrowia Rady Powiatu w Choszczynie.

4. Imienny skład Komisji zostanie ustalony Zarządzeniem Starosty Choszczeńskiego.

5. Do zadań Komisji należy przyjmowanie i opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu.

6. Opinie Komisji są podejmowane zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego.

7. Przy rozpatrywaniu wniosków Komisja bierze pod uwagę:

1) przebieg choroby oraz okoliczności z tym związane, mające wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalistycznej diety, itp.),

2) wysokość udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia (faktury vat, rachunki),

3) możliwości finansowe Funduszu.

8. Komisja proponuje kwotę pomocy finansowej w ramach posiadanych środków.

9. Członkowie Komisji zobligowani są do zachowania poufności wszystkich danych osobowych, do których mieli dostęp w związku z pracami Komisji.

10. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół.

11. Zaopiniowane wnioski Komisja przedkłada do akceptacji Staroście.

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

13. Decyzja o odmowie przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną powinna być uzasadniona oraz przekazana w formie pisemnej osobie zainteresowanej.

14. Wnioski złożone po terminie oraz wnioski zawierające braki formalne, których nie uzupełniono w wyznaczonym terminie, pozostają bez rozpatrzenia.

§ 3.1. Ze świadczeń Funduszu mogą korzystać:

1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych w szkołach i placówkach prowadzonych przez Powiat Choszczeński,

2) nauczyciele ww. szkół po przejściu na emeryturę lub rentę bez względu na datę przejścia na emeryturę lub rentę.

2. Pomoc zdrowotna jest bezzwrotna i udzielana jest w formie zasiłku pieniężnego.

3. Zasiłki wypłacane na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów korzystających z opieki zdrowotnej zwolnione są od podatku dochodowego na podstawie odrębnych przepisów w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych – jako zapomogi losowe z tytułu długotrwałej choroby.

4. Zasiłki nie stanowią podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, ani na ubezpieczenie zdrowotne – na podstawie odrębnych przepisów w zakresie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

§ 4.1. Z wnioskiem o przyznanie zasiłku mogą wystąpić:

1) nauczyciele,

2) dyrektor szkoły/placówki,

3) związki zawodowe,

4) opiekun nauczyciela, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny do podejmowania czynności w tym zakresie.

2. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli obejmuje refundację w części lub całości udokumentowanych (rachunki lub faktury) kosztów związanych:

1) ze zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą nauczyciela,

2) z długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego przebywania w domu,

3) z długotrwałym leczeniem specjalistycznym,

4) z zakupem leków i poniesionych wydatków związanych z leczeniem,

5) koniecznością zakupu sprzętu do rehabilitacji, korekcji, zakup zwiększonej ilości środków higieny osobistej.

3. Wnioski należy składać do Starosty Choszczeńskiego, który przedkłada je Komisji do zaopiniowania.

4. Do wniosku należy dołączyć :

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem protez, sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury medycznej,

3) oświadczenie o sytuacji finansowej rodziny, na druku stanowiącym załącznik Nr 2 do regulaminu, potwierdzone zaświadczeniem o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną, wraz z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny,

4) imienne rachunki lub faktury za świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2.

5. Wysokość jednorazowej pomocy zdrowotnej nie może przekraczać 700 zł.

6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w miarę posiadanych środków finansowych, Starosta Choszczeński może przyznać zasiłek pieniężny w kwocie do 100% wyższej od określonej w ust. 5.

7. W przypadku braku środków finansowych na pełne pokrycie potrzeb, zasiłki pieniężne będą przyznawane częściowo lub nie będą przyznane.

8. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach może być przyznana dodatkowa pomoc zdrowotna w ramach posiadanych środków finansowych.

9. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania świadczenia.

§ 5. 1. Wnioski w sprawie przyznania zasiłku pieniężnego należy składać w terminach:

1) do 20 marca,

2) do 20 czerwca,

3) do 20 września,

4) do 10 grudnia.

2. Rozpatrywanie wniosków przez Starostę Choszczeńskiego odbywać się będzie w terminach: do 30 marca, do 30 czerwca, do 30 września i do 15 grudnia danego roku budżetowego.

3. Wnioski nauczycieli o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną wraz z wymaganą dokumentacją należy składać w Kancelarii Ogólnej Starostwa Powiatowego w Choszcźnie, ul. Nadbrzeźna 2.

§ 6. 1. Wzór wniosku o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Wzór oświadczenia o dochodach przypadających na 1. członka rodziny stanowi załącznik Nr 2 do niniejszego regulaminu.



Potwierdzam, że Pan/Pani ..... jest nauczycielem,  
nauczycielem emerytem, nauczycielem rencistą\* .....

(nazwa szkoły)

.....  
data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły/placówki

\* niepotrzebne skreślić

Wniosek Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego o przyznanie zasiłku pieniężnego na cele zdrowotne  
w kwocie .....

Komisja w składzie:

Podpisy członków Komisji

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

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

Choszczno, dnia .....

**Decyzja Starosty Choszczeńskiego:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\* w wysokości .....zł

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

.....

.....  
Data i podpis Starosty

\* niepotrzebne skreślić

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

**Członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwisko i imię</b>	<b>Wiek</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>Miejsce pracy/nauki</b>	<b>Wysokość dochodu netto w zł*</b>
<b>Łączny dochód rodziny</b> (suma 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

Świadomy/a 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)