

## **Regulamin pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenie rodzajów świadczeń przyznanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania**

### **Podstawa Prawna**

art. 72 ust. 1 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela z późniejszymi zmianami (DZ. U z 2006r. nr 97, poz. 674, nr 170, poz. 1218) i Uchwały Rady Miasta Ząbki z dnia 29 maja 2007 r w sprawie w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń. Uchwałą nr 237/XVI/2008 Rady Miasta Lublin z dnia 24 stycznia 2008 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przedszkoli, szkół i placówek prowadzonych przez Miasto Lublin

### §1

1. W budżecie szkoły przeznaczają się środki finansowe w wysokości 0,3 % planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenie osobowe nauczycieli na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.
2. Środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określone są na każdy rok w planach finansowych szkoły

### §2

1. Środki finansowe wymienione w § 1 tworzą fundusz zdrowotny dla nauczycieli.
2. Środkami finansowymi stanowiącymi fundusz zdrowotny dla nauczycieli dysponuje dyrektor szkoły.
3. Fundusz zdrowotny przeznaczają się na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę lub rentę korzystających z opieki zdrowotnej.
4. Obsługę finansowo-księgową funduszu zdrowotnego prowadzić będzie Szkoła Podstawowa nr 2 im. Jana Kochanowskiego w Lublinie.
5. Wnioski w sprawie pomocy zdrowotnej, nauczyciel składa w szkole, która jest podstawowym miejscem pracy.

### § 3

1. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu na pomoc zdrowotną są:
  - a) nauczyciele zatrudnieni, w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych,
  - b) nauczyciele emeryci i renciści i korzystających z opieki zdrowotnej, zwanych dalej nauczycielami.
2. Warunek dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony również jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa

obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć.

§ 4

1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie świadczenia (zasiłku) pieniężnego realizowanego zgodnie ze złożonym wnioskiem.
2. Pomoc, o której mowa w ust. 1 jest zapomogą o charakterze socjalnym.
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 ani na ubezpieczenia społeczne, ani na ubezpieczenia zdrowotne - na podstawie odrębnych przepisów w zakresie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

§ 5

Ze środków finansowych mają prawo korzystać nauczyciele, w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym.

§ 6

1. Wniosek o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną musi być poparty:
  - 1) zaświadczeniem lekarskim
  - 2) dokumentami potwierdzającymi koszty leczenia- rachunkami za leczenie;
  - 3) oświadczeniem o dochodach (brutto) na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną;
  - 4) odpowiednim uzasadnieniem;
2. Wniosek może złożyć zainteresowany nauczyciel, nauczycielskie związki zawodowe i rada pedagogiczna.
3. Wniosek o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.

§ 7

1. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:
  - 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych,
  - 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów,
  - 3) sytuacji materialnej nauczyciela.
2. Wysokość zasiłku zależy od możliwości finansowych funduszu.

3. Uprawniony może skorzystać z pomocy zdrowotnej raz w roku, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach ciężkiej, przewlekłej lub nieuleczalnej choroby - więcej niż raz.

§ 8

1. Wnioski w sprawie przyznania zasiłku pieniężnego należy składać w terminach:
  - 1) do 15 marca;
  - 2) do 15 czerwca;
  - 3) do 15 września;
  - 4) do 30 listopada.
4. Rozpatrywanie wniosków przez komisję wnioskową oraz przez dyrektora szkoły odbywać się będzie raz na kwartał w terminach: do 30 marca, do 30 czerwca, do 30 września i do 15 grudnia danego roku budżetowego. **załącznik nr 2** do regulaminu.

§ 9

Decyzja o odmowie przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną musi być uzasadniona i przekazana w formie pisemnej osobie zainteresowanej.

§ 10

Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

*Krzyszta Wychowska*  
*Marta Kaimoch*

DYREKTOR SZKOŁY  
*D. Giletycz*  
mgr *Dariusz Giletycz*

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela (beneficjenta zasiłku):

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania, numer telefonu)

### Dane wnioskodawcy:\*

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania, numer telefonu)

### Nazwa szkoły lub placówki, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

Szkoła Podstawowa nr 2 im. Jana Kochanowskiego  
Ul. Mickiewicza 24  
20- 433 Lublin

### Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

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

### Dokumenty załączone do wniosku:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
3. oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\*dane wnioskodawcy podawać w przypadku, gdy są inne niż dane nauczyciela (beneficjenta zasiłku)

DYREKTOR SZKOŁY  
  
mgr Dorota Gilietycz

## Opinia Komisji

W dniu ..... Komisja w składzie:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

zaopiniowała pozytywnie/negatywnie\* wniosek w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej dla:

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela) (adres zamieszkania nauczyciela)

proponując przyznanie pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł

Uzasadnienie opinii Komisji:

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

Będąc w składzie Komisji i podpisując niniejszą opinię, zobowiązuję się do utrzymania w tajemnicy danych osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Podpisy członków komisji:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

### Decyzja Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 2 im. Jana Kochanowskiego w Lublinie

Zgodnie z Uchwałą nr 237/XVI/2008 Rady Miasta Lublin z dnia 24 stycznia 2008 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przedszkoli, szkół i placówek prowadzonych przez Miasto Lublin, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania przyznaję/nie przyznaję\* zasiłek w

wysokości: ..... zł (słownie złotych: .....).

DYREKTOR SZKOŁY

.....  
pódpis dyrektora/kierownika jednostki

\* - niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE O UZYSKANYCH DOCHODACH

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci ( w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 lat ) wspólnie zamieszkujących z wnioskodawcą i prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe.

Oświadczam, że dochody moje i wymienionych kolejno członków gospodarstwa domowego składają się z:

L.p.	Miejsce pracy lub nauki	Źródło dochodu	Dochód brutto

Należy podać wszystkie dochody ( w tym np. alimenty, dochody ze środków U.E. po odliczeniu kosztów uzyskania, inne dochody nieopodatkowane w Polsce, itd. ) wszystkich członków rodziny;

### Oświadczenie o wysokości dochodów brutto na jednego członka rodziny

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art.233 kodeksu karnego za składania fałszywych zeznań oświadczam, że moja rodzina składa się z ..... osób, a łączne dochody brutto (ze wszystkich źródeł) wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, łącznie z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku wyniosły ..... zł, co w przeliczeniu na osobę w rodzinie stanowi ..... zł brutto/ miesięcznie.

\* Dochody oblicza się według poniższego wzoru: dochody brutto minus składka ZUS (13,71%), minus koszty uzyskania przychodu (za 2012r.) w kwocie 111, 25 zł. Emeryci i renciści SP 2 podają wysokość emerytury, renty brutto.

Proszę o przekazanie świadczenia na rachunek bankowy

.....  
(nazwa banku i nr rachunku bankowego)

DYREKTOR SZKOŁY

*D. Gileta*

mgr Danuta Gileta

.....  
data i podpis wnioskodawcy

Szkoła Podstawowa Nr 2  
im. Jana Kochanowskiego  
20-433 Lublin, ul. Mickiewicza 3  
tel. (081) 744-03-22  
NIP 946-18-16-709

Zał. nr 4 do  
Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli  
korzystających z opieki zdrowotnej

Lublin, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany(a) zatrudniony(a) na stanowisku

.....  
w Szkole Podstawowej nr 2 im. Jana Kochanowskiego w Lublinie.

Oświadczam, że informacje nabyte w związku z pełnieniem obowiązku  
członka komisji przyznającej świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej  
wykorzystywać będę tylko do celów wykonywanej pracy i zachowam je w  
tajemnicy wobec osób trzecich.

.....  
podpis

DYREKTOR SZKOŁY

*D. Giletycz*  
mgr Danuta Giletycz

