

**„Regulamin określający rodzaje świadczeń
oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych
na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów
lub nauczycieli pobierających świadczenia kompensacyjne ze szkół i placówek
dla których organem prowadzącym jest Powiat Bydgoski”**

**ROZDZIAŁ I
Postanowienia wstępne**

§ 1

Niniejszy regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2

1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w budżecie powiatu z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.
2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Rady Powiatu Bydgoskiego.

§ 3

Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

- 1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Bydgoski;
- 2) nauczyciele emeryci i renciści, bez względu na datę przejścia na emeryturę lub rentę, a także pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzący się ze szkół i placówek o których mowa powyżej i objęci przez te jednostki pomocą socjalną.

**Rozdział II
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 4

1. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej może być przeznaczone na całkowite lub częściowe pokrycie kosztów:
 - 1) zakupu leków i materiałów medycznych,
 - 2) leczenia specjalistycznego,
 - 3) leczenia szpitalnego, sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego
 - 4) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, korekcyjnego.
2. Świadczenie przyznawane jest w formie zapomogi zdrowotnej.

Rozdział III
Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 5

Zapomogi zdrowotne przyznawane są w związku z:

- 1) leczeniem z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy, przewlekłej lub ciężkiej choroby,
- 2) korzystaniem ze stałej lub bardzo częstej opieki lekarskiej w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub poza miejscem zamieszkania,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
- 4) kosztami leczenia sanatoryjnego i rehabilitacyjnego,
- 5) wysokimi kosztami zakupu leków i materiałów medycznych.

§ 6

1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie do dnia 30 września danego roku wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, na druku stanowiącym załącznik do niniejszego regulaminu.
2. Do wniosku należy załączyć:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela,
 - 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. faktury VAT, imienne rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zakup lekarstw, sprzętu rehabilitacyjnego).
3. Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również przełożony nauczyciela, członek rodziny lub opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie lub z innych powodów sam w swojej sprawie nie podejmuje działań.
4. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania świadczenia.

§ 7

1. Wniosek, o którym mowa w § 6, nauczyciel lub inna uprawniona osoba składa w kancelarii Starostwa Powiatowego w Bydgoszczy.
2. Wnioski rejestrowane są w Wydziale Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Bydgoszczy.
3. W danym roku budżetowym nie będą przyjmowane wnioski o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej na następny rok budżetowy.

ROZDZIAŁ IV

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8

1. Rozpatrywanie wniosków nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej odbywa się jeden raz w roku budżetowym, w terminie do 31 października.
2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Powiatu Bydgoskiego i od liczby składanych wniosków.
3. Niewykorzystane środki finansowe w danym roku budżetowym nie przechodzą na następny rok.

§ 9

1. Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie bezwrotnego świadczenia finansowego.
2. Wysokość jednorazowego świadczenia nie może przekroczyć 30% zasadniczego wynagrodzenia nauczyciela stażysty.
3. Wysokość świadczenia uzależniona jest od:
 - 1) wpływu choroby na sytuację materialną nauczyciela (przebieg choroby, specjalistyczne badania, dodatkowa opieka, dojazdy)
 - 2) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela,
 - 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela uwzględniającej poniesione koszty,
4. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznane częściowo lub nie będzie przyznane.

§ 10

1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Zarząd Powiatu Bydgoskiego.
2. Decyzja Zarządu Powiatu Bydgoskiego odnotowywana jest na druku załączonym do wniosku i jest decyzją ostateczną.

ROZDZIAŁ V

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Informację o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji Wydział Edukacji, Kultury i Sportu przekazuje do właściwego dyrektora szkoły oraz powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej.
2. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez szkołę lub placówkę, po przekazaniu do jej budżetu środków finansowych przez organ prowadzący szkołę lub placówkę.

Przewodniczący
Rady Powiatu Bydgoskiego

Zenon Rydelski

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy)

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

2. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL

a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

.....
.....

b) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo renta/emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

c) Wymiar czasu pracy nauczycieli czynnych zawodowo.....

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA

Poświadczą się, że dane zawarte w pkt 2 a i b, zgodne są ze stanem faktycznym

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby
upoważnionej do poświadczenia)

Poświadczenie danych zawartych w pkt 2 a i b dokonują odpowiednio;

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo- dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - jednostka organizacyjna w której w/w osoby objęte są opieką socjalną

Proszę o przyznanie mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej z powodu:

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

3. Informacje wnioskodawcy

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia, wypis ze szpitala,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakupu sprzętu, (faktury, rachunki),
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że łączny przychód roczny * wyniósł w mojej rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę..... słownie.....

Oświadczenie składam w celu przyznania świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli świadoma/y odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdziwych danych.

.....
podpis wnioskodawcy

* oznacza łączny przychód roczny (za rok poprzedzający rok, w którym składana jest informacja) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu oraz o składki na ubezpieczenie społeczne (nie odlicza się składek zdrowotnych) każdego członka rodziny prowadzącego wspólnie gospodarstwo domowe i uprawnionego zgodnie z Regulaminem ZFŚS do korzystania z pomocy funduszu, podzielonych przez 12.

W przypadku dochodu uzyskiwanego z gospodarstwa rolnego przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego zyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie, w drodze obwieszczenia przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2006r. Nr 136 poz. 969 z późn. zm.).

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności karnej (art. 233 §1 Kodeksu karnego, Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553) Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia mojego wniosku o przyznanie zasiłku z funduszu zdrowotnego zgodnie z ustawą z dnia 26 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) .

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Bydgoszcz, dnia

Decyzja Zarządu Powiatu Bydgoskiego:

1. Zarząd Powiatu Bydgoskiego przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości: zł
2. Nie przyznaje pomocy zdrowotnej (uzasadnienie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Zarządu

.....

.....

.....

.....

.....