

**UCHWAŁA NR LIII/533/2010  
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO**

z dnia 28 czerwca 2010 r.

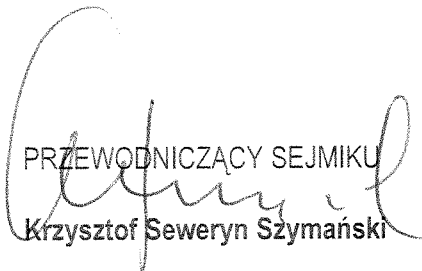
**w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli lub nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oświatowych jednostek organizacyjnych prowadzonych przez Województwo Lubuskie**

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

**§ 1.** Ustala się rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli lub nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oświatowych jednostek organizacyjnych prowadzonych przez Województwo Lubuskie określone w regulaminie, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Lubuskiego.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od daty ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

  
PRZEWODNICZĄCY SEJMIKU  
Krzysztof Seweryn Szymański

## **Regulamin**

**określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli lub nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oświatowych jednostek organizacyjnych prowadzonych przez Województwo Lubuskie**

§ 1.1. Regulamin określa rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli lub nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oświatowych jednostek organizacyjnych prowadzonych przez Województwo Lubuskie.

2. Ilekroć w treści niniejszego regulaminu jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oświatowych jednostek organizacyjnych prowadzonych przez Województwo Lubuskie,
- 2) członku rodziny – należy przez to rozumieć:
  - a) współmałżonków,
  - b) pozostających na utrzymaniu i wychowaniu dzieci własne, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, w wieku do lat 18, a jeżeli kształcą się w szkole średniej lub wyższej – do czasu ukończenia nauki nie dłużej niż do ukończenia 26 lat,
  - c) osoby wymienione w pkt 2 lit. b, posiadające znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, bez względu na wiek,
- 3) świadczeniu – należy przez to rozumieć zasiłek pieniężny związany z ponoszonymi przez nauczyciela kosztami leczenia.

§ 2.1. Pomoc zdrowotna jest udzielana nauczycielom w formie bezwrotnego świadczenia pieniężnego raz na dany rok budżetowy i ma charakter uznaniowy.

2. Pomoc zdrowotna będzie przyznawana w zależności od posiadanych środków.

3. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli może zostać udzielona na pokrycie następujących świadczeń:

- 1) koszty leczenia nauczyciela z tytułu długotrwałej choroby, w związku z pobytem na leczeniu sanatoryjnym, w placówkach leczniczo – sanatoryjnych, w tym zabiegów rehabilitacyjnych,

- 2) koszty badań diagnostycznych,
- 3) koszty zakupu leków, środków medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego oraz raz na trzy lata – szkielek korekcyjnych.

§ 3. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, wpływających na sytuację materialną nauczyciela (konieczność stosowanie specjalnej diety, zapewnienia dodatkowej opieki choremu, rehabilitacja itp.),
- 2) sytuacji materialnej nauczyciela oraz osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe,
- 3) wysokości środków przewidzianych w budżecie województwa na pomoc zdrowotną.

§ 4.1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, określa załącznik do niniejszego regulaminu.

3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do 31 marca każdego roku.

4. Wnioski złożone po terminie, o którym mowa w ust. 3 (liczy się data stempla pocztowego), lub niekompletne pozostawia się bez rozpatrzenia.

§ 5.1. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczyciel załącza:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
- 2) imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty, o których mowa w § 2 ust. 3,
- 3) zaświadczenie o dochodach za okres 3 miesięcy lub ostatni odcinek emerytury, renty,

2. W przypadku jednoczesnego zatrudnienia w dwu lub więcej szkołach, nauczyciel jest zobowiązany złożyć stosowne oświadczenie wskazując podstawowy stosunek pracy, w ramach którego będzie uprawniony do pomocy zdrowotnej.

§ 6. Decyzja w sprawie przyznania lub odmowy przyznania świadczenia oraz określenie jego wysokości należy do Zarządu Województwa Lubuskiego.

§ 7. W 2010 roku wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do 30 września.

§ 8. Przyznane świadczenie pomocy zdrowotnej przekazywane jest nauczycielowi na rachunek bankowy wskazany we wniosku.

## WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej

### I. Informacje ogólne

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania, numer telefonu .....

3. Nazwa szkoły/placówki oświatowej, w której nauczyciel jest/był\* zatrudniony

.....

3. Stanowisko .....

(specjalność nauczycielska lub emeryt, rencista)

4. Oświadczenie dyrektora szkoły/placówki potwierdzające, że nauczyciel jest/był\* pracownikiem zatrudnionym w oświatowej jednostce organizacyjnej prowadzonej przez Województwo Lubuskie, z określeniem realizowanego wymiaru godzin

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby potwierdzającej)

### II. Wniosek

1. Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....

.....

.....

2. Wypłatę świadczenia proszę przekazać na:

.....

### III. Informacje uprawnionego

Oświadczam, że w ostatnich trzech miesiącach moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1) wysokość dochodu osoby ubiegającej się o świadczenie (brutto) .....

2) wysokość dochodu współmałżonka i członków rodziny (zgodnie z definicją określoną w regulaminie) .....

3) liczba osób w gospodarstwie domowym .....

4) przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę .....

W załączeniu:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
- imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, o których mowa w § 3 ust. 3 Regulaminu,
- zaświadczenie o dochodach za okres 3 miesięcy lub ostatni odcinek emerytury, renty,
- inne.....

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić