

**Uchwała Nr 1473/13**  
**Zarządu Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy**  
**z dnia 2 lipca 2013 r.**

**w sprawie utworzenia Scentralizowanego Funduszu Zdrowotnego w Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy.**

Na podstawie § 2 ust. 4 Uchwały Nr XIII/405/2007 Rady miasta stołecznego Warszawy z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa oraz §1 ust. 1 Zarządzenia Nr 850/2007 Prezydenta miasta stołecznego Warszawy z dnia 2 października 2007 r. w sprawie sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa, uchwała się co następuje:

**§1.** Tworzy się Scentralizowany Fundusz Świadczeń Zdrowotnych w Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy.

**§2.** Zasady dysponowania środkami Scentralizowanego Funduszu Zdrowotnego określa regulamin stanowiący załącznik nr 1 do uchwały.

**§3.** Środki finansowe na realizację zadania zabezpieczone są w budżecie Dzielnicowego Biura Finansów Oświaty Żoliborz m. st. Warszawy.

**§4.** Nadzór nad wykonaniem niniejszej uchwały powierza się Burmistrzowi Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy.

**§5.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zastępca Burmistrza  
Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy

Zastępca Burmistrza  
Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy

Burmistrz  
Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy

.....  
Witold Sielewicz

.....  
Michał Jakubowski

.....  
Krzysztof Bugła

Załącznik  
do uchwały Nr 1473/13  
Zarządu Dzielnicy Żoliborz  
m.st. Warszawy  
z dnia 2 lipca 2013 r.

**REGULAMIN  
SCENTRALIZOWANEGO  
FUNDUSZU  
ZDROWOTNEGO**

## **Podstawy prawne:**

- 1) art. 72 w zw. z art. 91 b ust 1 ustawy z dnia 26.01.1982 r. Karta Nauczyciela /Dz. U. z 2006 Nr 97, poz. 674 z późn. zm./
- 2) art. 1 ust 1 ustawy z dnia 15 marca 2002 o ustroju m.st. Warszawy /Dz. U. z 2002, Nr 41, poz. 361 z późn. zm./
- 3) § 2 pkt 4 i 5 uchwały nr XIII/405/2007 Rady m.st. Warszawy z dnia 12.07.2007 r. w sprawie określania rodzajów świadczeń oraz sposobów ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa
- 4) zarządzenie nr 850/2007 Prezydenta m.st. Warszawy z dnia 2.X.2007 r. w sprawie sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa

### **§ 1**

Ilekoć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

- 4) funduszu - należy przez to rozumieć scentralizowany fundusz świadczeń zdrowotnych,
- 4) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczyciela, wychowawcę i innego pracownika pedagogicznego zatrudnionego w przedszkolu, szkole i placówce wymienionej w art. 1 ust 1 i 1 a ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela /Dz. U. z 2006, Nr 97, poz. 674 z późn. zm./, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa dla Dzielnicy Żoliborz oraz nauczyciela emerytowanego lub rencistę,

### **§ 2**

1. Miasto Stołeczne Warszawa zabezpiecza środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w wysokości 0,3 % planowanych na dany rok budżetowy wydatków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.
- 4) Obsługę finansową środków scentralizowanego funduszu zdrowotnego prowadzi Dzielnicowe Biuro Finansów Oświaty Żoliborz m.st. Warszawy.

### **§3**

- 4) Do korzystania ze środków scentralizowanego funduszu zdrowotnego uprawnieni są nauczyciele zatrudnieni, na co najmniej połowę obowiązującego wymiaru godzin

dydaktyczno – wychowawczych, nauczyciele emeryci i renciści oraz nauczyciele emeryci ze zlikwidowanych w Dzielnicy Żoliborz placówek.

- 4) Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.
- 4) Zapomoga bezzwrotna dla danego nauczyciela może być przyznana raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc może być przyznana częściej niż raz w roku budżetowym .

#### §4

- 4) Pomoc zdrowotna może być przyznana w szczególności w związku z:
  - 4) przewlekłą chorobą np. schorzenia nowotworowe, cukrzyca, choroby krążenia, alergie i inne,
  - 4) długotrwałym leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu,
  - 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
  - 4) koniecznością zakupu szkielek korekcyjnych,
  - 4) koniecznością skorzystania z usług z zakresu protetyki dentystycznej, ze względów estetycznych i zdrowotnych,
  - 4) stosowaniem profilaktyki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych.
- 4) Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej wg katalogu schorzeń i świadczeń określa załącznik nr 1 i uzależniona jest od:
  - 4) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną nauczyciela np. konieczność stosowania specjalistycznej diety zapewnienia dodatkowej opieki choremu itp.
  - 4) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela,
  - 4) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela z uwzględnieniem poniesionych przez nauczyciela wydatków.

3. Nauczyciele mogą ubiegać się o następujące rodzaje świadczeń:

- 4) zakup leków lub sprzętu medycznego,
- 4) zabiegi medyczne,
- 4) pobyt w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 4) specjalistyczne leczenie,
- 4) pobyt na turnusach rehabilitacyjnych oraz usługi rehabilitacyjne

#### §5

- 4) Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela, z zastrzeżeniem ust. 3 wniosku na druku / stanowiącym załącznik nr 2 / lub podania zawierającego dane określone w załączniku.
- 4) Do wniosku lub podania należy dołączyć:
  - 4) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela,
  - 4) dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia

- 4) oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną- załącznik nr 3
- 4) Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również przełożony nauczyciela, zakładowe organizacje związkowe, opiekun jeśli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.
- 4) Czynniki zawodowo nauczyciele składają wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej u dyrektora placówki. Dyrektor przekazuje kompletną dokumentację wnioskodawców wraz z pismem przewodnim do Wydziału Oświaty i Wychowania Dzielnicy Żoliborz w zamkniętej kopercie z adnotacją „ochrona danych osobowych”
- 4) Nauczyciele emerytowani i renciści mogą składać wnioski do dyrektora lub bezpośrednio do Wydziału Oświaty i Wychowania.

## §6

1. Zarząd Dzielnicy w porozumieniu z dyrektorami szkół oraz związkami zawodowymi, lub dyrektor w porozumieniu ze związkami zawodowymi powołuje komisję do spraw podziału środków finansowych na cele zdrowotne dla nauczycieli, zwaną dalej Komisją Zdrowotną.
2. W skład Komisji Zdrowotnej wchodzi: przedstawiciel Burmistrza, po jednym dyrektorze z każdego typu placówki, po jednym przedstawicielu zakładowych organizacji związkowych odpowiedniego szczebla działających w oświacie.
3. Do prawomocności posiedzenia Komisji wymagana jest obecność minimum 2/3 jej składu.

## §7

1. Komisja Zdrowotna opiniuje wnioski oraz przygotowuje Burmistrzowi Dzielnicy propozycję wysokości zapomóg .
2. Posiedzenia Komisji są protokołowane.
3. Posiedzenia Komisji odbywają się raz na kwartał.
4. Stanowiska Komisji przyjmowane są zwykłą większością głosów.  
W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Komisji.
5. Decyzja o przyznaniu pomocy zdrowotnej nauczycielom przekazywana jest do DBFO w celu jej realizacji.
6. Wnioski oraz stanowiska Komisji Zdrowotnej są ewidencjonowane w rejestrze wg załącznika nr 4.
7. Obsługę administracyjną prac Komisji Zdrowotnej zapewnia Burmistrz.

## **§ 8**

Członkowie Komisji składają oświadczenie wg załącznika nr 5 o zachowaniu w tajemnicy spraw rozpatrywanych w trakcie prac Komisji.

## **§9**

Niewykorzystane środki finansowe Funduszu Zdrowotnego w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

## **§10**

Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania przez Burmistrza Dzielnicy.

### Katalog schorzeń i świadczeń

Lp.	Rodzaj schorzenia	Maksymalna wysokość zapomogi
1.	Przewlekła choroba:  a) schorzenia nowotworowe b) cukrzyca c) choroby krążenia d) alergie e) inne	do 2280 zł
2.	Długotrwałe leczenie szpitalne połączone z koniecznością dalszego leczenia w domu	do 1500 zł
3.	Długotrwałe leczenie specjalistyczne	do 1300 zł
4.	Zakup szkieł korekcyjnych	do 300 zł
5.	Protetyka dentystyczna	do 500 zł
6.	Szczepienia ochronne	do 250 zł
<b>Wysokość minimalnej zapomogi 200 zł</b>		

**Od zapomóg zdrowotnych potrącany jest podatek**

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....  
..... Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....  
..... Adres zamieszkania, telefon

.....  
..... Numer konta bankowego

.....  
..... Czynny - w wymiarze, emerytowany, przebywający na rencie -  
wpisać jedną z możliwości

.....  
..... *Miejsce pracy - dla emerytów/rencistów było miejsce pracy*

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego**

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela
- dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia



- oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny
- .....
- .....
- .....

Miejscowość i data

/Podpis wnioskodawcy/

**Opinia dyrektora placówki**

Powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Inne ważne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

/Pieczętka i podpis dyrektora/

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto  
przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy  
poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.**

**Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny wynosi:**

a) Wysokość wynagrodzenia /emerytury /renty brutto .....

b) Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie .....

c) Dochody współmałżonka .....

Ilość osób w rodzinie na utrzymaniu .....

Średni miesięczny dochód brutto na osobę .....

Warszawa, dnia .....

.....  
/ podpis wnioskodawcy/



**Członek Komisji Zdrowotnej**

.....

**Imię i nazwisko**

.....  
**Nazwa placówki**

### **Oświadczenie**

Oświadczam, że znane są mi przepisy o ochronie danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania tajemnicy wszystkich danych, do których miałem(łam) dostęp w związku z pracami Komisji Zdrowotnej.

Warszawa, dnia .....

.....  
/ podpis /