

# REGULAMIN

**przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną  
dla nauczycieli, nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub  
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne  
w Zespole Szkół Specjalnych  
w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórze**



Zagórze, listopad 2023

**REGULAMIN**  
**przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla**  
**nauczycieli, w Zespole Szkół Specjalnych**  
**w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz**

Podstawa prawna:

1. Artykuł 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r Karty Nauczyciela (Dz. U. 1982 Nr 3 poz. 19 z późn. zmianami).
2. Uchwała nr 161/11 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 24 października 2011 roku w sprawie zasad dysponowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, korzystających z opieki zdrowotnej w jednostkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

§ 1

1. Ilekroć w regulaminie jest mowa o:
  - szkole – rozumie się przez to Zespół Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz,
  - nauczycielu – rozumie się przez to pracownika jednostki oświatowej, o której mowa w Art. 1, ust. 1, pkt 1, podlegającego ustawie z dnia 26 stycznia 1982r Karty Nauczyciela (Dz. U. 1982 Nr 3 poz. 19 z późn. zmianami), zatrudnionego w Zespole Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz oraz nauczyciela po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z Zespołu Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz
  - dyrektorze – rozumie się przez to dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz,

## § 2

1. Fundusz przeznaczony jest na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
2. Fundusz tworzy się w wysokości 0,3% planowanych rocznych wydatków na wynagrodzenie osobowe dla nauczycieli zatrudnionych w placówce.
3. Dysponentem środków finansowych przekazywanych do jednostki oświatowej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest dyrektor szkoły.

## § 3

1. Zapomoga pieniężna może być udzielona raz w roku budżetowym z zastrzeżeniem pkt. 5
2. Zapomoga pieniężna jest przyznawana w szczególności na pokrycie:
  - zwiększonych kosztów leczenia spowodowanych ciężką lub przewlekłą chorobą nauczyciela,
  - kosztów korzystania z pomocy specjalistycznej (w tym badań specjalistycznych),
  - kosztów zakupu sprzętu do rehabilitacji lub korekcji, w tym szkieł korekcyjnych,
  - kosztów usług protetyki dentystycznej,
  - kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym,
  - kosztów koniecznych działań o charakterze profilaktycznym w zakresie szczepień ochronnych.
3. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej w wysokości do 1000 zł na pokrycie wydatków wymienionych w pkt 2.
4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych z ciężką i/lub przewlekłą chorobą zapomoga pieniężna może być przyznana drugi raz.

## § 4

1. Wniosek o przyznanie zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu, nauczyciel składa do dyrektora szkoły w miejscu zatrudnienia.
2. Do wniosku należy dołączyć:
  - aktualne zaświadczenie lekarskie, wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku,
  - dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki, paragony kasowe),
  - oświadczenie o dochodach rodziny – załącznik nr 2,



- oświadczenie, że dane koszty zostały poniesione przez nauczyciela na usługi, leki lub inne środki zakupione do osobistego wykorzystania – załącznik nr 3

## § 5

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych ze stanem zdrowia nauczyciela z wnioskiem o przyznanie zapomogi pieniężnej – za zgodą nauczyciela może wystąpić wskazana przez nauczyciela osoba trzecia.
2. W przypadku nauczyciela ubezwłasnowolnionego częściowo lub całkowicie z wnioskiem o przyznanie zapomogi pieniężnej może wystąpić odpowiednio kurator lub opiekun prawny nauczyciela.

## § 6

### Obowiązek informacyjny

1. Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Zespół Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii z siedzibą w Zagórze, 05-0462 Wiązowna, tel. 22 7890373;
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a) i c) i art. 9 ust. 2 lit. a) i b) RODO w związku z: art. 72 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karty Nauczyciela (Dz. U. 1982 Nr 3 poz. 19 z późn. zmianami), w celu realizacji zadań wynikających z w/w przepisów, poprzez udzielanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu i jest dobrowolne, jednakże w przypadku ich nie podania nie ma możliwości skorzystania ze świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej w ZSS w MCN.
3. Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w ZSS w MCN: adres korespondencyjny: Zagórze, 05-462 Wiązowna – adres e-mail: [iod@zagorze.waw.pl](mailto:iod@zagorze.waw.pl) ;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do 5 lat.
5. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO. Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane, między innymi następującym grupom odbiorców danych: biuro turystyczne, firma

ubezpieczeniowa, podmioty prowadzące rachunki płatnicze, banki i spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe, firmy świadczące usługi w zakresie oprogramowania.

7. Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany

## § 7

1. Niniejszy Regulamin podaje się do publicznej wiadomości poprzez zapoznanie z nim Rady Pedagogicznej i umieszczenie jego tekstu w bibliotece szkolnej oraz na stronie internetowej szkoły.
2. Wszelkie zmiany w Regulaminie wymagają zachowania procedury obowiązującej przy jego wprowadzeniu.
3. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania przez Pracodawcę – Dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych w Zagórzach i uzgodnieniu z Organizacją Związkową.
4. Wszelkich zmian w Regulaminie dokonuje się w formie aneksu uzgodnionego z Organizacją Związkową.
5. Niniejszy Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w Zespole Szkół Specjalnych w Zagórzach został uzgodniony z Oddziałem ZNP w Otwocku.

Związek Nauczycielstwa Polskiego  
Oddział Powiatowy w Otwocku  
za Organizację Związkową  
05-400 Otwock  
tel. 22-779-23-35

.....Prezes.....  
Oddziału Powiatowego ZNP  
w Otwocku

.....Przewodniczący.....r.

*Przemysław Gręziuk*  
*07.11.2022*

ZESPOŁ SZKÓŁ SPECJALNYCH  
W MAZOWIECKIM CENTRUM NEUROPSYCHIATRII  
Zagórze 10  
Zagórze k/Warszawy, 05-462 Włazówna  
tel./fax 22 789 03 03  
www.zagorze.waw.pl  
REGON 011501156, NIP 5321850816  
(4)

DYREKTOR

.....mgr Monika Bąk

*Zagórze* .....dnia *22.11.2023*

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE ZAPOMOGI PIENIĘŻNEJ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

**1. DANE NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELA EMERYTA, RENCISTY, NAUCZYCIELA POBIERAJĄCEGO  
NAUCZYCIELSKIE ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE\***

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa i adres jednostki oświatowej\*\*: .....

Średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny wynosi: .....  
(słownie:) .....

**2. UZASADNIENIE WNIOSKU**

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

**3. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**

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

W przypadku przyznania mi zapomogi na pomoc zdrowotną proszę o przesłanie jej:

1) Na rachunek bankowy:

Nazwa banku i numer rachunku .....

2) Przekazem pocztowym na adres .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów prowadzonego postępowania  
o przyznanie zapomogi pieniężnej.

Administratorem danych osobowych jest: Zespół Szkół Specjalnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz

.....  
data i podpis wnioskodawcy lub osoby  
reprezentującej interesy wnioskodawcy

**OPINIA DYREKTORA**

Po zapoznaniu się z wnioskiem w dniu .....

przyznaję zapomogę pieniężną w wysokości .....

słownie zł .....

Nie przyznaję zapomogi pieniężnej z powodu .....

.....

.....

.....  
data i podpis dyrektora

\* - właściwie podkreślić

\*\* - w przypadku nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty lub nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wnioskodawca podaje szkołę, z której odszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

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

.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

We wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

Lp.	Członek rodziny ( <u>stopień pokrewieństwa</u> : mąż, żona, dzieci)	Dochody brutto z ostatnich 3 miesięcy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Oświadczam, że średni dochód brutto wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....zł. (słownie zł..... na jedną osobę).

Świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (Art. 233 KK).

.....  
data

.....  
(podpis)

## Uwaga

Średni miesięczny dochód brutto przypadający na osobę w rodzinie oblicza się dzieląc sumę dochodów z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez łączną liczbę osób pozostających w tym gospodarstwie.

..... (miejscowość i data)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki, paragony kasowe) zostały przeznaczone przeze mnie na usługi, leki i inne środki zakupione do osobistego wykorzystania.

.....  
(podpis wnioskodawcy)