**Załącznik nr 10 do instrukcji obiegu dokumentów**

Nazwa i adres placówki

 Warszawa, dnia ……………..

 **Dzielnicowe Biuro Finansów**

 **Oświaty Wilanów m.st. Warszawy**

 **ul. Klimczaka 4, 02-797 Warszawa**

***Nr pisma:***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Na podstawie:

* *art.72 w zw. z art. 91 b ust. 1 ustawy z dnia 26.01.1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2018 nr 957 z późniejszymi zm.)*
* *Uchwały nr XIII/405/2007 Rady m. st. Warszawy z dnia 12.07.2007 w sprawie określenia 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*
* *Zarządzenia nr 850/2007 Prezydenta m.st. Warszawy z dnia 2.10.2007 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*
* *Regulaminu Funduszu Świadczeń Zdrowotnych w (****wstawić nazwę placówki)*** *w Warszawie*
* *art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2018r. poz. 200 tekst jednolity)*

Dyrektor **(wstawić nazwę placówki)** przyznaje i poleca dokonać wypłaty **zapomogi zdrowotnej** z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zgodnie z zamieszczoną poniżej tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię**  | **Przyznana kwota brutto**  | **W tym z kolumny 3** | **Rozdział** |
| **\*Kwota nieopodatkowana art.21 ust.1 pkt.26 Ustawy o PDOF** | **Kwota opodatkowana (brutto)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
|  1 |   |   |   |   |   |
|  2 |   |   |   |   |   |
|  3 |   |   |   |   |   |
| **Razem** |   |   |   |   |

**Dotyczy osób, którym przyznano zapomogę zdrowotną zwolnioną z podatku – w celu zastosowania zwolnienia podatkowego niezbędne jest przedłożenie zaświadczenia lekarskiego o długotrwałej chorobie**

1.\*Pan/i ……………………… na potwierdzenie spełnienia warunków określonych w art. 21 ust.1 pkt.26 ustawy z dnia 26 lipca 1991r.o podatku dochodowym od osób fizycznych(Dz. U. 2018 r. poz. 200 tekst jednolity) przedstawił/a następujące dokumenty :

1…………………………………….

2…………………………………….

2.\*Pan/i ……………………… na potwierdzenie spełnienia warunków określonych w art. 21 ust.1 pkt.26 ustawy z dnia 26 lipca 1991r.o podatku dochodowym od osób fizycznych(Dz. U. 2018 r. poz. 200 tekst jednolity) przedstawił/a następujące dokumenty :

1…………………………………….

2…………………………………….

3.\*Pan/i ……………………… na potwierdzenie spełnienia warunków określonych w art. 21 ust.1 pkt.26 ustawy z dnia 26 lipca 1991r.o podatku dochodowym od osób fizycznych(Dz. U. 2018 r. poz. 200 tekst jednolity) przedstawił/a następujące dokumenty :

1…………………………………….

2………………………………….…

Dokumenty źródłowe będące podstawą naliczenia wypłaty znajdują się w placówce. Odpowiedzialność za weryfikację przedstawionych przez pracownika dokumentów dotyczących zwolnienia z podatku dochodowego ponosi Dyrektor placówki.

………………………………………….

Przygotował (imię, nazwisko, pieczątka)

Nr telefonu

Adres mailowy

………………………………………………………………

Data, podpis, pieczątka Kierownika jednostki organizacyjnej