



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 10 lipca 2026 r.

Poz. 3243

UCHWAŁA NR XXIV/408/2026 RADY GMINY KOBIERZYCE

z dnia 25 czerwca 2026 r.

w sprawie świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów, nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Kobierzyce oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2026 r. poz. 515) Rada Gminy Kobierzyce uchwala co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów, nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i przedszkoli oraz warunki i sposób ich przyznawania, zgodnie z Regulaminem, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Kobierzyce.

§ 3. Z dniem wejścia w życie niniejszej uchwały traci moc uchwała nr XIV/180/07 Rady Gminy Kobierzyce z dnia 26 października 2007 r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Kobierzyce oraz określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady Gminy Kobierzyce:
Wiesław Szwed

Załącznik do uchwały nr XXIV/408/2026
Rady Gminy Kobierzyce
z dnia 25 czerwca 2026 r.

Regulamin określający zasady i warunki przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobierzyce

**Rozdział 1
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 w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Ilekczo w Regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) szkole – należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobierzyce;
- 2) dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt 1;
- 3) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Gminę Kobierzyce;
- 4) Wójcie – należy przez to rozumieć Wójta Gminy Kobierzyce;
- 5) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 6) wnioskodawcy – należy przez to rozumieć nauczyciela lub inną uprawnioną osobę występującą z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 7) Funduszu Zdrowotnym – należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli;
- 8) świadczeniu – należy przez to rozumieć świadczenie finansowe przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 3. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych zatrudnieni w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobierzyce,
- 2) nauczyciele emeryci, nauczyciele renciści oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wywodzący się ze szkół i przedszkoli, o których mowa powyżej i objęci przez te jednostki pomocą socjalną
zwani dalej nauczycielami.

**Rozdział 2
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 4. Wysokość środków finansowych tworzących Fundusz Zdrowotny, ustalana jest na każdy rok w uchwale budżetowej Gminy Kobierzyce.

§ 5. 1. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny dla nauczycieli wynosi 0,3% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

2. Wysokość środków nie podlega zmianom w ciągu roku.

§ 6. Środki finansowe niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 7. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą;
- 4) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 5) rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym wskutek wypadku, zdarzenia losowego;
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie;
- 7) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

Rozdział 3

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do Regulaminu.

2. Do wniosku, o którym mowa w § 8 ust. 1 należy dołączyć:

- 1) oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające fakt istnienia choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poza szpitalne (powyżej 30 dni), leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku lub kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem;
- 2) oryginalne, imienne faktury lub imienne rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku obejmujące okres nie dłuższy niż 12 miesięcy poprzedzający złożenie wniosku (paragony nie będą uwzględniane);
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 4) oświadczenie o dochodach, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 należy składać w zamkniętej kopercie z podanym imieniem i nazwiskiem, numerem telefonu oraz adresem, z dopiskiem „Wniosek o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli” w Biurze Obsługi Klienta Urzędu Gminy Kobierzyce, Al. Pałacowa 1, 55-040 Kobierzyce.

4. Wniosek o przyznanie świadczenia nauczyciel składa w terminie do 30 września każdego roku.

5. Złożone wnioski będą rozpatrywane do 30 listopada danego roku.

6. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji, podlegają jednorazowemu uzupełnieniu.

7. Na wniosku dyrektor potwierdza zatrudnienie nauczyciela, a w przypadku nauczyciela przebywającego na świadczeniu kompensacyjnym, emeryta lub rencisty potwierdza fakt odejścia na świadczenie kompensacyjne, emeryturę lub rentę z danej szkoły.

8. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się uwzględniając wyłącznie jedną ze szkół, gdzie dyrektor szkoły potwierdza zatrudnienie w niej.

9. W przypadku ubiegania się o przyznanie pomocy przez dyrektora szkoły, potwierdzenia dokonuje Kierownik Referatu Edukacji, Kultury i Sportu.

10. W przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wnioski potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty, pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

Rozdział 4

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 9. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (np. przewlekły charakter choroby, konieczność stosowania specjalistycznego sprzętu medycznego itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela i członków jego gospodarstwa domowego;
- 4) liczby wniosków złożonych w roku budżetowym oraz środków zabezpieczonych na ten cel w danym roku w budżecie Gminy Kobierzyce.

§ 10. 1. W drodze zarządzenia Wójt powołuje Komisję opiniującą wnioski.

2. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Wójt.

3. Decyzja Wójta jest odnotowywana we wniosku i jest decyzją ostateczną.

§ 11. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.

§ 12. Złożenie wniosku nie jest równoważne z przyznaniem świadczenia.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Wójt Gminy Kobierzyce
Al. Pałacowa 1
55-040 Kobierzyce

Wniosek o przyznanie świadczenia pieniężnego z Funduszu Zdrowotnego

Imię i nazwisko nauczyciela:	
Adres zamieszkania:	
Nr telefonu kontaktowego:*	
Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać pomoc zdrowotną:	
Informacja dyrektora szkoły o statusie nauczyciela oraz potwierdzenie wymiaru zatrudnienia lub przejścia na nw. świadczenia:**	Potwierdzenie dyrektora szkoły o statusie zatrudnienia oraz potwierdzenie zatrudnienia lub przejścia na nw. świadczenia**/ w przypadku nauczyciela – dyrektora szkoły potwierdzenia dokonuje Kierownik Referatu Edukacji, Kultury i Sportu
rencista/emeryt	 (data, pieczęć szkoły, pieczęć i podpis dyrektora szkoły/Kierownika Referatu Edukacji, Kultury i Sportu)
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	
nauczyciel w stanie nieczynnym	
nauczyciel czynny zawodowo w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć	

*podanie numeru telefonu jest dobrowolne i będzie służyło wyłącznie ułatwieniu kontaktu w związku ze złożonym wnioskiem

** zaznaczyć właściwe

Uzasadnienie wniosku (uzupełnia nauczyciel):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. oryginalne rachunki/faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia (imienne faktury/rachunki), obejmujące okres nie dłuższy niż 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku;
2. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę;
3. oświadczenie o dochodach;
4. klauzulę informacyjną;
5. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

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

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem określający tryb oraz szczegółowe zasady i warunki przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobierzyce.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzja Wójta Gminy Kobierzyce:

Przyznaję/nie przyznaję świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej*** w wysokości

..... zł.

*** odpowiednio zaznaczyć/skreślić

.....
(data i podpis Wójta)

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie: Gmina Kobierzyce, z siedzibą przy Al. Pałacowa 1, 55-040 Kobierzyce. Dane kontaktowe: tel. 71 36 98 125, e-mail info@ugk.pl,
2. Wyzaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować poprzez adres e-mail: IOD@ugk.pl, czy korespondencyjnie pod adresem: Urząd Gminy Kobierzyce, Al. Pałacowa 1, 55-040 Kobierzyce (proszę dopisać wtedy na kopercie Inspektor Ochrony Danych).
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu złożenia i rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli a także realizacji wypłaty świadczenia, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2026 r. poz. 515), oraz uchwały nr ... Rady Gminy Kobierzyce z dnia 2026 r.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu określonego w punkcie 3.
6. Wyrażając zgodę ma Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do treści danych, uzyskania ich kopii oraz ich sprostowania i przenoszenia;
 - b) żądania ograniczenia przetwarzania w przypadkach wskazanych w RODO;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec wykorzystania danych osobowych;
 - d) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, przy czym cofnięcie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) uzyskania informacji o celach przetwarzania, kategoriach przetwarzanych danych osobowych, o odbiorcach lub kategoriach odbiorców tych danych, planowanym okresie przechowywania danych lub o kryteriach ustalania tego okresu;
 - f) usunięcia danych w przypadkach określonych RODO;
 - g) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pani/ Pan uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.
7. Pani/Pana dane będą przekazywane odbiorcom danych, tj. podwykonawcom i innym niezależnym podmiotom, z którymi współpracujemy: podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane w naszym imieniu, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności (podmiotom świadczącym nam usługi informatyczne, pomoc prawną), innym administratorom danych przetwarzającym dane we własnym imieniu (podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, podmiotom prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze)).
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych:

.....

(data i czytelny podpis)

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Oświadczenie o dochodach

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie)

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosizł.*

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)