



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia 8 grudnia 2025 r.

Poz. 3050

UCHWAŁA NR XVI/104/2025 RADY GMINY SŁOŃSK

z dnia 28 listopada 2025 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986 ze zm.), Rada Gminy Słońsk uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów, oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Słońsk, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Słońsk.

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

Przewodnicząca Rady Gminy Słońsk
Lilla Burkiewicz

Załącznik
do uchwały nr XVI/104/2025
Rady Gminy Słońsk
z dnia 28 listopada 2025 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów, oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Słońsk

§ 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 przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Słońsk. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny nauczycieli wynosi 0,3% planowanych rocznych środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

§ 3. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 4. Wszyscy uprawnieni tj. nauczyciele, nauczyciele emeryci/renciści i nauczyciele pobierający świadczenie kompensacyjne, zwani nauczycielami, mogą ubiegać się o pomoc zdrowotną z funduszu zdrowotnego maksymalnie jeden raz w roku budżetowym.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
- 2) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek);
- 3) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
- 5) usługami okulistycznymi lub zakupem szkieł korekcyjnych;
- 6) usługami z zakresu protetyki stomatologicznej bez implantów;
- 7) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby i okresu jej trwania;
- 2) wysokości udokumentowanych wydatków poniesionych przez nauczyciela na koszty leczenia;

3. Świadczenie zdrowotne będzie przyznawane w wysokości do 50% poniesionych wydatków po szczegółowej weryfikacji przedstawionych dokumentów, z zastrzeżeniem, że kwota ta nie może przekroczyć minimalnego wynagrodzenia za pracę z roku poprzedniego.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej w bieżącym roku jest złożenie przez nauczyciela, za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej, wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

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

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) imienne dokumenty (rachunki, faktury) związane z leczeniem lub zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub poniesieniem kosztów w związku z długotrwałym leczeniem

szpitalnym lub specjalistycznym, potwierdzające koszty leczenia za okres 12 miesięcy przed złożeniem wniosku;

- 3) oświadczenie o dochodzie netto na jednego członka rodziny – przeciętny dochód na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w kwartale bezpośrednio poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku (załącznik nr 2).

§ 7. 1. Dyrektor placówki oświatowej przekazuje kompletne wnioski złożone przez nauczycieli do Wójta Gminy Słońsk. Wnioski przekazywane są w zamkniętych kopertach w terminie 7 dni od daty wpływu.

2. Wójt Gminy Słońsk podejmuje decyzję o przyznaniu bądź nieprzyznaniu świadczenia pieniężnego oraz o jego wysokości w terminie 14 dni od daty wpływu. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zwiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

3. O podjętej decyzji zawiadamia się nauczyciela w formie pisemnej. Odmowa przyznania świadczenia oraz określenie jego wysokości wymaga pisemnego uzasadnienia. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, brak jest trybu odwoławczego.

4. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany we wniosku.

Załącznik nr 1
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego
dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów,
oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w placówkach oświatowych,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Słońsk

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

1.

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

2.

(adres zamieszkania)

3.

(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

4.

(nauczyciel, nauczyciel przebywający na emeryturze, rencie lub świadczeniu kompensacyjnym – wpisać jedną z możliwości)

5.

(nazwa banku i nr konta bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną)

6. Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zapomogi zdrowotnej

a) uzasadnienie wniosku:

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

(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakup leków, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej).

b) w załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) *aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę, wystawione nie wcześniej niż 3 m-ce od daty złożenia wniosku,*
- 2) *oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,*
- 3) *oświadczenie o wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny, w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,*
- 4) *inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.*

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli zgodnie z RODO i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Informacja dyrektora szkoły, przedszkola lub osoby upoważnionej o zatrudnieniu

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

Dnia.....

(pieczęć i podpis dyrektora szkoły, przedszkola lub osoby upoważnionej)

Decyzja Wójta Gminy Słońsk:

Przyznaję/nie przyznaję pomoc zdrowotną, w wysokości zł
(słownie:.....zł)

Słońsk, dnia

.....

(pieczęć i podpis Wójta Gminy)

Załącznik nr 2
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego
dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów,
oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w placówkach oświatowych,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Słońsk

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach netto przypadających na członka rodziny
w okresie 3 – miesięcy poprzedzających złożenie wniosku**

Średni dochód miesięczny netto przypadający na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....zł

.....

(data i podpis składającego informację)