



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia 22 grudnia 2025 r.

Poz. 3194

UCHWAŁA NR XX/149/25 RADY MIEJSKIEJ W SKWIERZYNI

z dnia 17 grudnia 2025 r.

w sprawie określenia świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Skwierzyna oraz warunków i sposobów ich przyznawania

Na podstawie art. 72 ust. 1, ust 4, w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2024r. poz. 986, ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Uchwała określa warunki i sposób przyznawania nauczycielom świadczeń przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

§ 2. Ilekroć w uchwale jest mowa o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć szkołę, przedszkole, zespół szkół lub placówek oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Skwierzyna;
- 2) nauczycielach - należy przez to rozumieć również wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych na co najmniej 0,5 etatu w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 1 oraz nauczycieli emerytów i rencistów, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne bezpośrednio po zakończeniu pracy w szkole, o której mowa w pkt 1.

§ 3. Świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, o których mowa w § 2 pkt 2 mogą być przyznawane w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego, jako refundacja częściowa lub całkowita kosztów :

- 1) leczenia przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- 2) leczenia szpitalnego lub poszpitalnego;
- 3) długotrwałego leczenia specjalistycznego i rehabilitacji oraz kosztów ewentualnych przejazdów;
- 4) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza (w szczególności: leków, aparatów słuchowych);
- 5) dodatkowej opieki nad chorym w domu oraz korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 6) szczepień przeciwko chorobom zakaźnym;
- 7) zakupu szkieł korekcyjnych lub soczewek korekcyjnych, nie częściej niż raz na dwa lata.

§ 4. 1. Środki finansowe na świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli są wyodrębniane w każdym roku w uchwale budżetowej gminy Skwierzyna w wysokości 0,3% rocznych planowanych wynagrodzeń osobowych nauczycieli.

2. Dysponentem środków finansowych przeznaczonych na świadczenia, o których mowa w § 3 jest Burmistrz Skwierzyny.

§ 5. 1. Nauczyciel, o którym mowa w § 2 pkt 2, może ubiegać się o świadczenia, o których mowa w § 3 jeden raz w danym roku kalendarzowym, z zastrzeżeniem § 3 pkt 7 oraz pod warunkiem niezyskania zwrotu w/w kosztów z innego tytułu.

2. Wnioski o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej należy złożyć w terminie do 30 września; rozpatrywanie wniosków nastąpi do 30 listopada a wypłata środków nastąpi do 15 grudnia danego roku.

3. Wnioski złożone po 30 września danego roku nie będą rozpatrywane. Dniem złożenia wniosku jest data wpływu do jednostki określonej w §2 pkt 1 a w przypadku wniosku dyrektora szkoły- do Urzędu Miejskiego w Skwierzynie.

4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, tj. np. nagły wypadek, choroba nowotworowa itp. wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 3 pod warunkiem posiadania środków w budżecie gminy na ten cel. Wniosek taki wymaga dodatkowego - szczególnego uzasadnienia na piśmie kierowanym do Burmistrza Skwierzyny i wymaga jego zgody na zastosowanie takiego trybu.

5. Wysokość przyznanych świadczeń, o których mowa w § 3 uzależniona jest od:

- 1) wysokości poniesionych i udokumentowanych imiennie przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 2) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie gminy Skwierzyna na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i liczby składanych wniosków;

§ 6. 1. Świadczenia, o których mowa w § 3 przyznaje Burmistrz Skwierzyny na pisemny wniosek uprawnionego lub innej upoważnionej przez niego osoby-jeżeli stan zdrowia uprawnionego nie pozwala na złożenie wniosku osobiście.

2. Wzór wniosku o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

3. Do wniosku należy obligatoryjnie dołączyć dokumentację związaną z wnioskowaną refundacją kosztów określonych w § 3:

- 1) zaświadczenie lekarskie, wydane nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia przez uprawnionego wniosku o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej potwierdzające konieczność leczenia związanego z długotrwałą (przewlekłą) lub ciężką chorobą zgodnie z zaleceniami lekarza (nie dotyczy § 3 pkt 6) ;
- 2) faktury lub rachunki imienne wydane nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, potwierdzające poniesienie przez uprawnionego kosztów związanych z diagnostyką, leczeniem, profilaktyką lub zakupami, o których mowa w § 3 niniejszej uchwały, w okresie do 30 września roku, w którym składany jest wniosek o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej.
- 3) upoważnienie w przypadku, o którym mowa w ust. 1.

4. Wnioski o przyznanie świadczeń, o których mowa w § 3 niniejszej uchwały kieruje się do Burmistrza Skwierzyny za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej; w przypadku wniosku dyrektora szkoły-bezpośrednio do Burmistrza Skwierzyny.

5. Dyrektor placówki oświatowej wskazanej w ust. 4 przekazuje kompletne wnioski Burmistrzowi Skwierzyny wraz z załączoną stosowną opinią w zakresie przyznania oraz wysokości świadczenia.

6. Dyrektor placówki oświatowej przekazuje pełną dokumentację, o której mowa w ust. 5 w zaklejonej kopercie z dopiskiem „Wnioski o przyznanie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli” do Urzędu Miejskiego w Skwierzynie.

7. W przypadku zatrudnienia uprawnionego nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie świadczeń, o których mowa w § 3 niniejszej uchwały składa się za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej, w której uprawniony zatrudniony jest w najwyższym wymiarze.

8. Uprawnieni nauczyciele, emeryci, renciści i uprawnieni otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela.

9. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, nie zawiera wszystkich załączników itp. nauczyciel zostanie wezwany drogą pisemną lub elektroniczną (na adres e-mail lub skrzynkę e-doręczeń wskazane we wniosku) do usunięcia wad formalnych w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia wad w terminie, o których mowa powyżej wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia.

10. Wnioskodawca jest informowany o zasadach przetwarzania jego danych osobowych oraz przysługujących mu z tego tytułu prawach.

§ 7. 1. O przyznaniu i o wysokości świadczenia pomocy zdrowotnej lub odmowie jego przyznania decyduje Burmistrz Skwierzyny.

2. Wysokość udzielonego świadczenia pomocy zdrowotnej:

1) w zakresie wydatków określonych w § 3, pkt 1-6 nie może przekroczyć 50% kwoty poniesionych i udokumentowanych ale nie więcej niż 50% kwoty wynagrodzenia zasadniczego brutto nauczyciela dyplomowanego wg stanu na dzień podjęcia decyzji o przyznaniu świadczenia przez Burmistrza Skwierzyny,

2) w zakresie wydatków określonych w § 3 pkt 7 przysługuje do kwoty 500 zł brutto.

3. Decyzja podjęta przez Burmistrza Skwierzyny jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

4. Decyzja o odmowie przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej zawiera pisemne uzasadnienie.

5. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb pomoc zdrowotna będzie przyznana częściowo lub nie będzie przyznana.

6. Świadczenia pomocy zdrowotnej nie mają charakteru roszczeniowego.

7. Środki finansowe na świadczenia, o których mowa § 3 zostaną przekazane na rachunek bankowy wskazany we wniosku.

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Skwierzyny.

§ 9. Traci moc uchwała nr XV/133/08 Rady Miejskiej w Skwierzynie z dnia 26 lutego 2008 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Skwierzyna oraz warunków i sposobów ich przyznawania.

§ 10. Uchwała podlega ogłoszeniu w dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego i wchodzi w życie 1 stycznia 2026 r.

Przewodnicząca Rady
Miejskiej

Dorota Stefańska

Załącznik do uchwały Nr XX/149/25
Rady Miejskiej w Skwierzynie
z dnia 17 grudnia 2025 r.

1. Data złożenia wniosku w szkole*	
2. Pieczęć szkoły, pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek w szkole*	
3. Data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły*	
4. Data wpływu wniosku do Urzędu Miejskiego w Skwierzynie**	
5. Pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek**	

*wypełnia szkoła, w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły wniosek składa się do Urzędu Miejskiego w Skwierzynie

** wypełnia Urząd Miejski w Skwierzynie

Skwierzyna, 20..... r.

Burmistrz Skwierzyny

za pośrednictwem dyrektora Szkoły/Przedszkola Zespołu Szkół/Zespołu placówek oświatowych

WNIOSEK O UZYSKANIE ŚWIADCZENIA POMOCY ZDROWOTNEJ***

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Adres zamieszkania	

Nr telefonu kontaktowego****	
Adres e-mail****	
Adres skrzynki e-doręczeń****	
Wniosek dotyczy (zaznaczyć X):	Nauczyciela czynnego zawodowo <input type="checkbox"/> Nauczyciela emeryta / rencisty <input type="checkbox"/> Nauczyciela otrzymującego świadczenie kompensacyjne <input type="checkbox"/>
Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia (nazwa i adres szkoły)	
Nr rachunku bankowego wnioskodawcy	

*** wypełnia wnioskodawca

**** pola opcjonalne

Proszę o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli na refundację niżej wymienionych kosztów:

- leczenia przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- leczenia szpitalnego lub poszpitalnego;
- długotrwałego leczenia specjalistycznego i rehabilitacji
- kosztów przejazdów związanych z leczeniem;
- zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza (w szczególności: leków, aparatów słuchowych);
- zakupu szkieł korekcyjnych lub soczewek korekcyjnych, nie częściej niż raz na dwa lata;
- dodatkowej opieki nad chorym w domu oraz korzystania z usług pielęgnacyjno–opiekuńczych;
- szczepień przeciwko chorobom zakaźnym.

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku załączam:

- zaświadczenie lekarskie, wydane nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia przez uprawnionego wniosku o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej;
- faktury imienne lub rachunki imienne potwierdzające poniesienie kosztów związanych z diagnostyką, leczeniem, profilaktyką lub zakupem;
- upoważnienie do złożenia wniosku w imieniu wnioskodawcy;
- inne dokumenty uzasadniające przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej;

.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że nie otrzymałem zwrotu w/w wnioskowanych kosztów z innego tytułu (np. ubezpieczenie prywatne, środki ZUS lub PFRON itp.)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Obowiązek informacyjny

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L.2016.119.1), dalej „RODO” informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Skwierzyny:
adres: ul. Rynek 1, 66-440 Skwierzyna, kontakt mailowy: sekretariat@skwierzyna.pl,
kontakt telefoniczny: (095) 72 16 511.
- 2) Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest dr Bartosz Pawelczyk, kontakt mailowy: inspektor@rodo-krp.pl, kontakt telefoniczny: 792 304 042
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o uzyskanie świadczenia pomocy zdrowotnej w oparciu o art. 72 ust 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela, na podstawie niezbędności przetwarzania tych danych w związku z realizacją zadania publicznego (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) oraz w związku z ważnym interesem publicznym (art. 9 ust. 2 lit. g) RODO.
- 4) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, chyba że obowiązek taki wynika z przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres konieczny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, w zgodzie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 553 ze zm.) – przez czas określony w tych przepisach, chyba że z przepisów szczególnych wynikają inne terminy;
- 7) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;

- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo żądania od administratora ograniczenia ich przetwarzania, prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Niepodanie danych wymaganych we wniosku będzie skutkowało niemożliwością jego rozpoznania, a w konsekwencji przyznania świadczenia.

Potwierdzam przekazanie mi informacji o przetwarzaniu danych osobowych:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)