



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

---

Gorzów Wielkopolski, dnia 2 marca 2026 r.

Poz. 424

### UCHWAŁA NR XXX.114.26 RADY POWIATU MIĘDZYRZECKIEGO

z dnia 25 lutego 2026 r.

#### **w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025r., poz. 1684) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024r., poz. 986 z późn. zm.) Rada Powiatu Międzyrzeckiego uchwala, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Międzyrzecki, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, o której mowa w § 1, określa corocznie uchwała budżetowa Powiatu Międzyrzeckiego.

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

Przewodnicząca Rady Powiatu  
*Irena Buzarewicz-Kowal*

**Załącznik  
do uchwały nr XXX.114.26  
Rady Powiatu Międzyrzeckiego  
z dnia 25 lutego 2026r.**

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Międzyrzecki**

**Rozdział 1.**

**Postępowania wstępne**

**§ 1. 1.** Niniejszy regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Międzyrzecki, korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki i sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

**Rozdział 2.**

**Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

**§ 2. 1** Pomoc zdrowotna przyznawana jest zatrudnionym w szkołach i placówkach oświatowych Powiatu Międzyrzeckiego nauczycielom w tym wychowawcom i innym pracownikom pedagogicznym w związku z:

- 1) długotrwałą chorobą (choroba nieuleczalna, choroba przewlekła);
- 2) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek);
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym oraz koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 5) zakupem niezbędnych materiałów, wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 6) zakupu szkieł korekcyjnych lub soczewek korekcyjnych.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2, nie dotyczy leków i pozostałych świadczeń, jeżeli zostały uzyskane nieodpłatnie oraz kosztów zrefundowanych z innych funduszy.

**§ 3.** Środki finansowe na świadczenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli wyodrębnione są w każdym roku w uchwale budżetowej Powiatu Międzyrzeckiego w wysokości 0,3% rocznych planowanych wynagrodzeń osobowych nauczycieli.

**§ 4.** Dysponentem środków finansowych przeznaczonych na świadczenia, o których mowa w § 2, jest Starosta Międzyrzecki.

**Rozdział 3.**

**Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

**§ 4. 1** Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela pisemnego wniosku.

2. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające fakt istnienia choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne, konieczność zakupu wyrobów medycznych, środków pomocniczych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki;

2) kopie imiennych rachunków lub faktur potwierdzających poniesienie wydatków wymienionych we wniosku.

3. Wniosek o udzielenie świadczenia wraz z wymaganymi załącznikami, o których mowa w §. 4, należy złożyć w Sekretariacie Starostwa Powiatowego w Międzyrzeczu osobiście lub drogą pocztową w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli” najpóźniej do dnia 31 października danego roku, według wzoru, stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

4. Złożone wnioski będą rozpatrywane w terminie 14 dni od daty wpływu.

§ 5. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej może złożyć osoba uprawniona, której wniosek dotyczy lub inna osoba działająca na podstawie przepisów prawa lub pisemnego pełnomocnictwa na jej rzecz.

#### **Rozdział 4.**

##### **Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 6.1 Osoba uprawniona może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków ze środków funduszu zdrowotnego nauczycieli jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach można przyznać pomoc zdrowotną dodatkowo w danym roku budżetowym w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.

2. Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

§ 7.1 Pisemne wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli podlegają ocenie pod względem formalnym i merytorycznym.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, zawiera braki w dokumentacji, wnioskodawca, zostanie wezwany do usunięcia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

§ 8.1 Świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej przyznaje Starosta Międzyrzecki.

2. O przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej powiadamia się wnioskodawcę pisemnie. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej wymaga pisemnego uzasadnienia.

3. Od podjętego przez Starostę Międzyrzeckiego stanowiska w sprawie przyznania świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej nie przysługuje odwołanie.

4. W terminie 14 dni od daty otrzymania przez nauczyciela pisma w sprawie odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, nauczyciel może złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie wniosku w tej sprawie, ustosunkowując się do przedstawionego uzasadnienia odmowy przyznania tej pomocy. Decyzja Starosty wydana w wyniku ponownego rozpatrzenia wniosku jest ostateczna.

§ 9. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana będzie na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę.

§ 10. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

#### **Rozdział 5.**

##### **Postanowienia końcowe**

§ 11. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

**Załącznik nr 1 do regulaminu****WNIOSEK  
o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli****I. WNIOSKODAWCA:**

1. ....  
(imię i nazwisko)

2. ....  
.....  
.....  
(adres zamieszkania)

3. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:  
.....  
.....

4. Wnioskowana kwota (suma poniesionych kosztów) .....

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:  
.....  
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

**II. UZASADNIENIE WNIOSKU:**

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

6. Nazwa i adres szkoły w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:  
.....  
.....  
.....

7. Wymiar etatu/ wypełnia nauczyciel czynny zawodowo: .....

8. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo

renta / emerytura

nauczycielskie świadczenia kompensacyjne

**III. WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/PLACÓWKI**

Poświadczam się że dane zawarte w ust. 6,7 i 8 są zgodne ze stanem faktycznym

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)

**IV. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne – data / kwota / rodzaj wydatku. W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**V. DECYZJA STAROSTY**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości ..... zł (słownie złotych: .....) )

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie):

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

.....  
(data i podpis Starosty)

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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, zwane dalej „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Międzyrzeczki ul. Przemysłowa 2, 66 – 300 Międzyrzecz, zwany dalej „Administratorem”. Mogą Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: ul. Przemysłowa 2, 66-300 Międzyrzecz lub telefonując pod numer: 957428410

2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych mogą państwo skontaktować się z inspektorem ochrony danych, którym jest Pan Krzysztof Pukaczewski pisząc na adres: iod@powiat-miedzyrzecki.pl

3. Posiadanie przez Panią / Pana danych osobowych wynika z przepisów prawa i jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela oraz w uchwale Rady Powiatu Międzyrzecznego w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

4. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne aby skorzystać ze świadczenia wskazanego we wniosku. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

5. Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe wskazane we wniosku, w szczególności: imię, nazwisko, dane teled adresowe, dane medyczne wskazane w zaświadczeniu lekarskim.

6. Państwa dane będą przechowywane przez okres wyznaczony właściwym przepisami prawa, w tym w szczególności: ustawy z dnia 14.07.1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również mają Państwo prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa).

8. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania. Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

.....  
(data i podpis)

.....  
(miejsowość, data)