



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

---

Łódź, dnia 30 grudnia 2015 r.

Poz. 5807

### **UCHWAŁA NR XVII/182/15 RADY MIASTA KUTNO**

z dnia 17 listopada 2015 r.

**w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kutno oraz warunki i sposób ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz. U. z 2015 r. poz. 1515) oraz art. 72 ust. 1, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta nauczyciela (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 191 i 1198, z 2015 r. poz. 357) Rada Miasta Kutno uchwala, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kutno oraz warunki i sposób ich przyznawania – stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Kutno.

**§ 3.** Traci moc uchwała nr VII/61/07 Rady Miasta Kutno z dnia 13 marca 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunki i sposób ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady  
*Grzegorz Chojnacki*

**Załącznik nr 1**  
do uchwały nr XVII/182/15  
Rady Miasta Kutno  
z dnia 17 listopada 2015 r.

**REGULAMIN OKREŚLAJĄCY RODZAJE ŚWIADCZEŃ PRYZNAWANYCH W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ I PRZEDSZKOLI, DLA KTÓRYCH ORGANEM PROWADZĄCYM JEST MIASTO KUTNO ORAZ WARUNKI I SPOSOB ICH PRYZNAWANIA**

**§ 1.** 1. Niniejszy regulamin dotyczy pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów i przedszkoli miejskich, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kutno.

2. Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej;
- 2) warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

**§ 2.** Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) regulaminie – należy przez to rozumieć „Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kutno oraz warunki i sposób ich przyznawania”;
- 2) szkole - należy przez to rozumieć jednostkę organizacyjną tj: szkołę podstawową, gimnazjum, przedszkole, dla której organem prowadzącym jest Miasto Kutno;
- 3) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Miasto Kutno;
- 4) dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora jednostki organizacyjnej, o której mowa w pkt 2;
- 5) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli wymienionych w art. 1 ustawy - Karta nauczyciela zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych wymienionych w pkt 2, w łącznym wymiarze nie niższym niż 1/2 obowiązującego wymiaru zajęć, nauczycieli rencistów i emerytów oraz nauczycieli posiadających prawo do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, którzy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne byli zatrudnieni w tych jednostkach, w łącznym wymiarze nie niższym niż 1/2 obowiązującego wymiaru zajęć;
- 6) tygodniowym obowiązkowym wymiarze godzin - należy przez to rozumieć tygodniowy obowiązkowy wymiar zajęć określony w art. 42 ustawy - Karta nauczyciela;
- 7) decyzji – należy przez to rozumieć formę pisemną przyznania pomocy zdrowotnej, nie będącą decyzją administracyjną w rozumieniu kodeksu postępowania administracyjnego.

**§ 3.** Środkami na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje i pomoc zdrowotną przyznaje Prezydent Miasta Kutno.

**§ 4.** Do korzystania z pomocy zdrowotnej uprawnieni są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach prowadzonych przez Miasto Kutno w łącznym wymiarze nie mniejszym niż 1/2 obowiązującego wymiaru zajęć;
- 2) nauczyciele szkół prowadzonych przez Miasto Kutno, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i przed przejściem byli zatrudnieni w szkołach prowadzonych przez Miasto Kutno, co najmniej w wymiarze określonym w pkt 1.

**§ 5.** 1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem pieniężnym udzielonym w formie losowej zapomogi zdrowotnej, zwanej dalej „zapomogą”, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela kosztów związanych z:

- 1) długotrwałą chorobą (chorobą nieuleczalną, chorobą przewlekłą);

- 2) leczeniem specjalistycznym;
- 3) leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) rehabilitacją związaną z długotrwałą chorobą lub wypadkiem.

2. Nauczyciele mogą ubiegać się o zapomogę na finansowanie:

- 1) zakupu leków związanych ściśle z chorobą i zleconych przez lekarza;
- 2) zakupu sprzętu do rehabilitacji, korekcji, umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzania zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;
- 3) opłat za świadczenia usług medycznych lub rehabilitacyjnych;
- 4) badań diagnostycznych, konsultacji i hospitalizacji;
- 5) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. turnusy rehabilitacyjne);
- 6) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 7) kosztów przejazdu bezpośrednio związanych ze świadczeniem zdrowotnym;
- 8) dodatkowej opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

**§ 6.** Wysokość przyznanej zapomogi uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby;
- 2) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela, o których mowa w odniesieniu do sytuacji materialnej nauczyciela;
- 3) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

**§ 7. 1.** Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela za pośrednictwem dyrektora szkoły potwierdzonego wniosku, którego wzór określa załącznik nr 1 do regulaminu.

2. Dyrektorzy szkół składają wniosek bezpośrednio do Urzędu Miasta Kutno z potwierdzeniem danych o zatrudnieniu podpisem Prezydenta Miasta Kutno.

3. Dyrektor szkoły potwierdza na wniosku własnoręcznym podpisem i pieczętą szkoły datę zatrudnienia nauczyciela.

4. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne otrzymują potwierdzenie faktu przejścia na ww. świadczenie od dyrektora szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkoły, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych.

5. W przypadku, gdy ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela była zlikwidowana szkoła, potwierdzenie uzyskuje nauczyciel od dyrektora szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych na tego nauczyciela, będącego emerytem, rencistą bądź pobierającym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

6. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej potwierdza tylko dyrektor jednej szkoły.

**§ 8. 1.** Dokumentacja dołączona do wniosku obejmuje:

- 1) zaświadczenie/zaświadczenia lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela zawierające, w zależności od przyczyny ubiegania się o zapomogę, określenie charakteru choroby, stosowane leczenie i wskazania dotyczące zdiagnozowanego schorzenia, zalecane leki, leczenie specjalistyczne, konieczność wykonywania badań diagnostycznych lub zabiegów, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego lub korekcyjnego, konieczność stosowania rehabilitacji, zalecenie stosowania wyrobów medycznych lub środków pomocniczych, wskazanie do kontynuacji leczenia na turnusie rehabili-

tacyjnym lub w sanatorium - uzdrowisku, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej;

- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury i inne) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia za okres maksymalnie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku o pomoc zdrowotną;
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (średni miesięczny dochód brutto nauczyciela oraz jego współmałżonka i dorosłych członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł dochodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, wraz z oświadczeniem o liczbie osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu nauczyciela (przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 26 roku życia) z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny, na druku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 winny być złożone w zaklejonej kopercie, uniemożliwiającej dostęp do zawartych w niej danych.

3. Złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej nie jest jednoznaczne z przyznaniem świadczenia.

4 Wnioski niekompletne, błędnie wypełnione, nieczytelne, złożone po terminie – nie będą rozpatrywane.

5. Refundacji nie podlegają koszty już zrefundowane przez inne podmioty.

6. Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również upoważniony przedstawiciel opieki społecznej, upoważniony przedstawiciel związków zawodowych, upoważniony członek rodziny, jeżeli ten nauczyciel nie jest zdolny do podejmowania osobiście czynności w tym zakresie;

7. Po podjęciu decyzji w sprawie pomocy zdrowotnej oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 1, zostaną zwrócone nauczycielowi, na jego wniosek, po uprzednim ich skopiowaniu.

**§ 9. 1.** Ustala się następujące zasady i terminy składania wniosków:

- 1) nauczyciele składają wniosek do dyrektora szkoły, w której aktualnie pracują lub byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, albo do dyrektora szkoły, w której dokonywany na nich odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych w następujących terminach: do 20 listopada i do 20 kwietnia;
- 2) dyrektor szkoły przekazuje do Urzędu Miasta Kutno wnioski nauczycielskie w terminach odpowiednio do 30 listopada i do 30 kwietnia.

2. O przyznaniu i wysokości zapomogi lub odmowie jej przyznania decyduje Prezydent Miasta Kutno, w terminie 14 dni od dnia upływu terminu składania wniosków do Urzędu Miasta Kutno.

**§ 10. 1.** Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze prowadzonym przez Wydział Edukacji i Sportu Urzędu Miasta Kutno.

2. O swojej decyzji, o której mowa w § 9 ust. 2 Prezydent Miasta Kutno informuje nauczyciela pisemnie.

3. Decyzja Prezydenta Miasta Kutno w sprawie wysokości przyznanej zapomogi lub odmowie jej przyznania jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

4. Odmowa przyznania zapomogi musi zawierać uzasadnienie.

5. Zapomoga może być udzielana raz w roku, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach ciężkiej lub nieuleczalnej choroby – dwa razy w roku; w szczególnie uzasadnionych przypadkach zapomoga może być przyznana na wniosek złożony w innym terminie, niż wskazany w § 9 ust. 1. - wówczas decyzję dotyczącą zapomogi Prezydent podejmuje w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku do Urzędu Miasta Kutno.

6. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez szkołę, w której nauczyciel składał wniosek.

Załącznik nr 1  
do Regulaminu**WNIOSEK O PRYZNANIE LOSOWEJ ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ**

1) Imię i nazwisko nauczyciela:

.....

2) Adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy:

.....  
.....

3) Wnioskodawca inny, niż nauczyciel

.....

(podać kto jest upoważniony przez nauczyciela, którego wniosek dotyczy)

4) Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu - podać, jeżeli jest inny, niż określony w pkt 1.

.....  
.....**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL/WNIOSKODAWCA INNY NIŻ NAUCZYCIEL**1) Nazwa i adres szkoły/szkół, w której/których nauczyciel jest zatrudniony .....  
w łącznym wymiarze ..... obowiązującego wymiaru zajęć;

2) Data zatrudnienia: .....

(pkt 1 i 2 wypełnia nauczyciel czynny zawodowo);

3) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oraz data przejścia na ww. świadczenie:

.....;

4) Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, a składa wniosek o pomoc zdrowotną ze szkoły w której naliczany jest na niego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

a) .....  
(nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)b) .....  
(nazwa i adres szkoły, w której naliczany jest na nauczyciela odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych)

5) Nazwa zlikwidowanej szkoły ..... po ustaniu zatrudnienia w której nauczyciel pobiera emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w szkole:

.....

(pkt 3, 4 i 5 wypełnia odpowiednio nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej wynikającej z poniesionych kosztów leczenia w wysokości .....zł (słownie: ....., udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunkami, fakturami, itp.).

Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) zaświadczenie/a lekarskie o chorobie i wskazaniach lekarza (specjalistów), co do leczenia i stosowanych leków (szt. ....)
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury, itp.), potwierdzające zakup leków, środków medycznych, ortopedycznych, korekcyjnych i innych (szt. ....)
- 3) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w szpitalu (szt. ....)
- 4) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w sanatorium – uzdrowisku - na turnusie rehabilitacyjnym szt. ....)
- 5) dokumenty potwierdzające koszty przejazdu bezpośrednio związanych z pomocą zdrowotną (szt. ....)
- 6) dokumenty potwierdzające koszty badań specjalistycznych, koszty zabiegu usług medycznych, rehabilitacyjnych (szt. .... )
- 7) inne wymienić ..... (szt. ....)

.....  
(miejsowość, data i czytelny podpis nauczyciela/wnioskodawcy)

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej również w przypadku, jeśli składa wniosek inny podmiot posiadający moje upoważnienie.

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej.\*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* podpisuje wnioskodawca inny niż nauczyciel.

**WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY**

.....  
(pieczęć szkoły)

Poświadczają się, że dane zawarte w pkt ..... są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(miejsce, data dokonania poświadczenia, podpis i pieczęć dyrektora)

*Uwaga: W przypadku wniosków składanych przez dyrektorów szkół potwierdza podpisem Prezydent Miasta Kutno.*

**Decyzja Prezydenta Miasta Kutno:**

Działając na podstawie uchwały nr ...../.....2015 r. Rady Miasta Kutno z dnia ..... 2015 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kutno oraz warunki i sposób ich przyznawania, a także w oparciu o załączoną dokumentację postanawiam, co następuje:

Przyznaję\* Pani/Panu ..... losową zapomogę pieniężną w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł (słownie:.....).

Nie przyznaję\* Pani/u ..... losowej zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie:

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

\* zaznaczyć właściwe.

.....  
(data, podpis i pieczęć Prezydenta)

Załącznik nr 2  
do Regulaminu**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA**.....  
(imię i nazwisko nauczyciela)

Oświadczam, iż we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Źródło dochodu	Wysokość dochodu* brutto (w zł) z ostatnich 3 miesięcy
1		NAUCZYCIEL			
2					
3					
4					

Łączny dochód: .....

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

Oświadczam, że łączny dochód brutto rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi ..... zł, a średni miesięczny dochód brutto\*\* przypadający na jednego członka rodziny wynosi ..... zł.

\*\* średni miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny wyliczamy dzieląc łączny dochód uzyskany w okresie ostatnich 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku, przez ilość osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, a następnie przez 3.

Oświadczam, że na moim wyłącznym utrzymaniu pozostają następujące osoby:

.....  
.....

W załączeniu:

1. zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy
2. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu
3. zaświadczenie o dochodach współmałżonka
4. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu współmałżonka
5. zaświadczenie o dochodach dorosłych członków rodziny (szt. ....)
6. odcinek emerytury, renty lub innego świadczenia dorosłych członków rodziny (szt. ....)
7. oświadczenie o dochodach z gospodarstwa rolnego (szt. ...)
8. inne (wymienić).....

.....  
(miejscowość, data).....  
(czytelny podpis nauczyciela)