



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Łódź, dnia 13 kwietnia 2026 r.

Poz. 2868

UCHWAŁA NR XXII/142/2026 RADY GMINY WODZIERADY

z dnia 30 marca 2026 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznania

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, 1436) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986, poz. 1871, z 2025 r. poz. 620, poz. 1160, poz. 1188, poz. 1189, poz. 1849, poz. 1661, poz. 1792) po zaopiniowaniu przez związki zawodowe zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz.440, poz. 1661) Rada Gminy Wodzierady uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznania, w formie Regulaminu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Wodzierady.

§ 3. Traci moc uchwała Nr VII/98/2015 Rady Gminy Wodzierady z dnia 12 sierpnia 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznania.

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

Przewodnicząca Rady

Jadwiga Bośka

Załącznik do uchwały nr XXII/142/2026
Rady Gminy Wodzierady
z dnia 30 marca 2026 r.

**Regulamin przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych
w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady**

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. 1. Niniejszy Regulamin stosuje się w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady.

2. Ze świadczeń funduszu zdrowotnego mogą skorzystać:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady;
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którzy przeszli na te świadczenie ze szkół lub placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Wodzierady.

3. 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 przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady”;
- 2) szkole – należy przez to rozumieć jednostkę organizacyjną, tj.: szkołę podstawową, przedszkole dla której organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady;
- 3) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Gminę Wodzierady;
- 4) dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora jednostki organizacyjnej, o której mowa w pkt.2;
- 5) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych wymienionych w pkt. 2, w łącznym wymiarze nie niższym niż ½ 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 ½ 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;
- 8) Funduszu Zdrowotnym – należy przez to rozumieć środki finansowe przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 3. Fundusz Zdrowotny nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Wodzierady w wysokości równej 0,3% wynagrodzeń osobowych nauczycieli.

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

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

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą (chorobą nieuleczalną);
- 2) długotrwałym leczeniem z powodu choroby zawodowej;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i wypadkową;
- 5) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub niezbędnej aparatury medycznej.
- 7) korzystaniem ze względów zdrowotnych lub estetycznych z protetyki dentystycznej lub stomatologii;
- 8) zabiegami leczniczymi organów mowy oraz kosztami zakupu leków, które korygują i usuwają schorzenia organów mowy, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez lekarza laryngologa lub foniatrę;
- 9) leczeniem narządu wzroku;
- 10) leczeniem narządu słuchu;
- 11) operacjami umożliwiającymi dalsze wykonywanie zawodu;
- 12) korzystaniem z leczenia psychiatrycznego lub pomocy psychologicznej;
- 13) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi;
- 14) z profilaktyką zdrowotną w zakresie badań cytologicznych, USG piersi, mammografii i prostaty;
- 15) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, np. turnusu rehabilitacyjnego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków związanych z chorobą nauczyciela, których przyjmowanie zostało zalecone przez lekarza;
- 2) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, odpłatnych badań diagnostycznych, usług rehabilitacyjnych, konsultacji i hospitalizacji;
- 3) refundacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzenia zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;
- 4) refundacja zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 5) refundacja kosztów na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno- opiekuńczych;
- 6) refundacja kosztów zakupu okularów, soczewek korekcyjnych na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty (nie częściej niż raz na dwa lata i nie więcej niż 50% ich wartości);
- 7) refundacja kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na 2 lata i nie więcej niż 50% wartości zakupu);
- 8) refundacja kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia do placówki służby zdrowia, znajdującej się poza miejscem zamieszkania- w przypadku długotrwałego leczenia.

§ 5. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych (np. przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność specjalnej diety);
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia.
- 3) wysokość dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków funduszu zdrowotnego, wyodrębnionych corocznie w budżecie Gminy Wodzierady oraz liczby złożonych wniosków.
- 5) czasu trwania leczenia.

Rozdział 3.

Warunki przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 5. 1. Warunkiem otrzymania pomocy zdrowotnej w bieżącym roku jest złożenie przez nauczyciela:

- 1) wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu;
- 2) aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia nauczyciela potwierdzającego leczenie specjalistyczne lub przebytą długotrwałą chorobę, wystawione nie później niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku;
- 3) oświadczenia potwierdzającego osiągnięty dochód w rodzinie nauczyciela, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu;
- 4) dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia (imiennie faktury, rachunki) lub zakupu wydane nie wcześniej niż w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
- 5) innych dokumentów uzasadniających przyznanie pomocy.

§ 6. 1. 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.

2. W przypadku, ubiegania się o przyznanie pomocy przez dyrektora szkoły, potwierdzenia dokonuje Wójt Gminy Wodzierady

§ 7. 1. W wyjątkowej sytuacji wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również dyrektor, przedstawiciel związków zawodowych, rada pedagogiczna, członek rodziny lub opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście na podejmowanie czynności w tym zakresie.

2. Do wykonania czynności opisanej w ust. 2 niezbędne jest upoważnienie.

§ 8. Wniosek o przyznanie świadczenia nauczyciel składa do Urzędu Gminy w Wodzieradach wraz z wymaganymi dokumentami w terminie do 31 października danego roku kalendarzowego.

§ 9. Złożony wniosek o pomoc zdrowotną bez dokumentów wskazanych w § 5 nie będzie rozpatrywany.

§ 10. 1. 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.

2. 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 przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 11. Pomoc zdrowotna ma charakter bezwrotnego świadczenia pieniężnego udzielanego w formie zapomogi zdrowotnej, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela kosztów. Osoby wymienione w § 1 ust 2 mogą ubiegać się o pomoc zdrowotną raz w roku kalendarzowym.

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

§ 13. 1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania podejmuje Wójt w ciągu miesiąca od daty złożenia wniosku. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.

2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Wodzierady oraz liczby składanych wniosków.

3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb, pomoc zdrowotna będzie przyznawana częściowo lub nie będzie przyznawana.

4. Decyzja, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Decyzja o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej zawiera pisemne uzasadnienie.

§ 14. Wpłata przyznanej pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto wskazane we wniosku przez wnioskodawcę. W szczególnych przypadkach dopuszczalna jest wypłata w formie gotówkowej.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 15. 1. Regulamin został zaopiniowany przez związki zawodowe zrzeszające nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady.

2. Postanowienia niniejszego Regulaminu zostaną podane do wiadomości wszystkim uprawnionym.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Wniosek
o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli****I**Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:
.....

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i nr telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego. Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączam:

 aktualne zaświadczenie lekarskie, zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne z uwzględnieniem kwot wydatków poniesionych na cele zdrowotne – data/kwota/rodzaj wydatku, dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym(imienne faktury/rachunki), oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej(wymienić jakie):.....
.....
.....

Wskazanie nazwy banku i nr konta:.....

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

II**Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Wójta Gminy Wodzierady, Wodzierady 24, 98-105 Wodzierady w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.

2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych osobowych; żądania usunięcia danych osobowych; żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

4. Wiem, że moja zgoda może być przeze mnie odwołana w każdym czasie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

III

Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t. j.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w
w wymiarze..... etatu *;

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była

.....
(pieczętka i podpis dyrektora placówki oświatowej)

* warunek o którym mowa w § 5 ust. 1 dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony również, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć

IV

Działając na podstawie Uchwały Nr z dnia
2026 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia warunków i sposobu ich przyznania

postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu zapomogę zdrowotną w wysokości:.....zł,
słownie:

2. Odmawiam przyznania Pani/Panu..... zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

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

.....
pieczętka i podpis Wójta Gminy

Klauzula informacyjna

| | |
|--|--|
| Administratorem Państwa danych jest: Dane kontaktowe administratora | Gmina Wodzierady reprezentowana przez Wójta, z siedzibą w Wodzieradach, 98-105 Wodzierady 24, kontakt: 1) osobiście lub na adres poczty: urząd@wodzierady.pl 2) telefonicznie: 48 (43) 677-33-23 3) pisemnie: 98-105 Wodzierady 24 |
| Inspektor Ochrony Danych | W Urzędzie Gminy Wodzierady został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować: 1) za pomocą poczty elektronicznej: iod@wodzierady.pl . |
| Cele przetwarzania, podstawa prawna | Pani/ Pana dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej w oparciu o art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela. |

| | |
|---|---|
| przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych | Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zebrane. Mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. |
| Odbiorcy danych | Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom: 1) podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. 2) usługodawcom wykonującym zadania na zlecenie Administratora w ramach świadczenia usług serwisu, rozwoju i utrzymania z którymi administrator podpisał umowę powierzenia. |
| Prawa osoby, której dane dotyczą | Osoby, których dane osobowe przetwarza Urząd Gminy mają prawo do: 1) dostępu do swoich danych osobowych 2) żądania sprostowania danych , które są nieprawidłowe 3) żądania usunięcia danych , gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem. 4) żądania ograniczenia przetwarzania danych , gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Urząd nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu; 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane; 6) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE o miesięcznych dochodach netto/brutto

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Oświadczenie o dochodach, składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:
- | | | |
|---|---|----------|
| 1 | Liczba osób w zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela* | |
| 2 | Dochód** netto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej | zł |
| 3 | Dochód** netto pozostałych osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotne | zł |
| 4 | Łączny dochód netto osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz.3) | zł |
| 5 | Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4/poz.1/3m-ce) | zł |

* dotyczy wszystkich osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, łącznie z tym nauczycielem, w tym dzieci uczących się, lecz nie dłużej niż do 26 roku życia.

** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)