



DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Łódź, dnia 10 czerwca 2026 r.

Poz. 4252

UCHWAŁA NR XXX/180/2026 RADY GMINY PABIANICE

z dnia 27 maja 2026 r.

w sprawie ustalenia regulaminu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Pabianice

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 662) 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 2026 r. poz. 515) uchwala się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się Regulamin przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określa się warunki ich przyznawania dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Pabianice, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pabianice.

§ 3. Traci moc uchwała Nr XXV/153/2025 Rady Gminy Pabianice z dnia 23 grudnia 2025 r. w sprawie: ustalenia: "Regulaminu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Pabianice" (Dz. Urz. Woj. Łódz. z 2026 r. poz. 91).

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

Przewodniczący Rady Gminy
Pabianice

Jerzy Błoch

Załącznik do uchwały nr XXX/180/2026

Rady Gminy Pabianice

z dnia 27 maja 2026 r.

**REGULAMIN PRYZYNAWANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ ORAZ
OKREŚLENIA WARUNKÓW ICH PRYZYNAWANIA DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ, DLA
KTÓRYCH ORGANEM PROWADZĄCYM JEST GMINA PABIANICE**

§ 1. 1. Regulamin dotyczy pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Pabianice.

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 przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Pabianice”;
- 2) szkole - należy przez to rozumieć jednostkę organizacyjną, tj.: szkołę podstawową, przedszkole dla której organem prowadzącym jest Gmina Pabianice;
- 3) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Pabianice;
- 4) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora jednostki organizacyjnej, o której mowa w pkt. 2;
- 5) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli 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;
- 8) Funduszu Zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 3. Pomoc zdrowotna udzielana jest ze środków finansowych przeznaczonych corocznie na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Pabianice.

§ 4. Środki finansowe, o których mowa w § 3 niewykorzystane w danym roku nie przechodzą na rok następny.

§ 5. Ze środków finansowych tworzących Fundusz Zdrowotny mogą korzystać osoby uprawnione:

- 1) u których orzeczono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą, wymagającą np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków;
- 2) które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu, wskutek którego wymagają leczenia specjalistycznego, leczenia sanatoryjnego, zakupu urządzeń rehabilitacyjnych, konsultacji lekarskich;
- 3) objęte długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym (powyżej 30 dni);

- 4) które przebywały na turnusie rehabilitacyjnym lub leczeniu uzdrowiskowym przysługującym na podstawie skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) którym został zalecony zakup szkielek korekcyjnych;
- 6) które ze względów estetycznych i zdrowotnych muszą korzystać z usług z zakresu protetyki dentystycznej lub stomatologii;
- 7) którym zlecono zakup aparatu słuchowego;
- 8) które korzystają z profilaktyki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych;
- 9) które ponoszą wydatki na zakup wyrobów medycznych, sprzętu medycznego, urządzeń rehabilitacyjnych lub innego sprzętu ortopedycznego umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej przysługujących na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza - w związku z poniesionymi z ww. tytułów wydatkami;
- 10) które korzystały dodatkowo z opieki zdrowotnej opiekuna czy pielęgniarki;
- 11) które korzystały z długotrwałej rehabilitacji, w tym związane z chorobami zawodowymi i powypadkowymi;
- 12) które korzystały z długotrwałego leczenia specjalistycznego;
- 13) które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji zdrowotnej, obejmującej zakres kilku ww. zapisów.

§ 6. Pomoc zdrowotna ma charakter bezwrotnego świadczenia pieniężnego udzielanego w formie zapomogi zdrowotnej, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela kosztów.

§ 7. Warunkiem otrzymania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela:

- 1) wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu;
- 2) aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego leczenie specjalistyczne lub przebytą długotrwałą chorobę;
- 3) oświadczenie potwierdzające osiągnięty dochód w rodzinie nauczyciela, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu;
- 4) dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia (imienne rachunki lub faktury);
- 5) innych dokumentów uzasadniających przyznanie pomocy.

§ 8. Złożony wniosek o pomoc zdrowotną bez dokumentów wskazanych w § 7 nie będzie rozpatrywany przez Komisję.

§ 9. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji, nie podlegają rozpatrzeniu.

§ 10. 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.

§ 11. 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.

§ 12. 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).

§ 13. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu Zdrowotnego jeden raz w roku budżetowym.

§ 14. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej może złożyć:

- 1) nauczyciel;
- 2) dyrektor szkoły;
- 3) organizacja związkowa, do której należy nauczyciel;

4) opiekun lub członek rodziny, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny do osobistego podejmowania czynności w tym zakresie.

§ 15. Wniosek o przyznanie świadczenia nauczyciel składa w terminie do 31 października każdego roku.

§ 16. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania świadczenia.

§ 17. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych (np. przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia.

§ 18. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania podejmuje Wójt Gminy Pabianice zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu, w terminie 30 dni od dnia upływu terminu składania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.

§ 19. O podjętej decyzji zawiadamia się wnioskodawcę w formie pisemnej.

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

Załącznik nr 1 do Załącznika

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli

I. DANE WNIOSKODAWCY:**1. Imię i nazwisko nauczyciela:**

.....

(imię i nazwisko / nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, otrzymujący świadczenie kompensacyjne-wpisać)

2. Adres zamieszkania, telefon kontaktowy:

.....

3. Miejsce pracy:

(obecne / było dla emerytów, rencistów, otrzymujących świadczenie kompensacyjne-wpisać)

.....

4. Wymiar zatrudnienia:

.....

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

.....

(26 cyfr)

6. Wnioskowana kwota:

.....

7. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

1. Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać (kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku):

.....

.....

.....

.....

.....

2. W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) zestawienie udokumentowanych wydatków na cele *zdrowotne* z uwzględnieniem kwot wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku,
- 3) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (imienne faktury/rachunki),
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

.....

.....

.....

.....

.....

III. INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

.....

.....

.....

.....

IV. POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA:

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

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Załącznik nr 2 do Załącznika

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

Nazwisko i imię nauczyciela.....

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto - w zł	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto - w zł	
4	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto (kwota z poz. 2 + kwota z poz. 3) - w zł	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (kwota z poz. 4 podzielona przez liczbę z poz. 1) - w zł	

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

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik nr 3 do Załącznika

PROTOKÓŁ O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Znak sprawy:.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia / nie spełnia***Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana wysokość świadczenia.....

Słownie złotych:.....

Pabianice, dnia.....

DECYZJA WÓJTA GMINY PABIANICEPrzyznaję świadczenie w ramach *pomocy zdrowotnej**, w wysokości:.....

słownie złotych:.....

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej*

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Wójta)

*niepotrzebne skreślić