



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 7 marca 2025 r.

Poz. 2279

UCHWAŁA NR X/53/2025 RADY MEJSKIEJ W JASTRZĘBIU

z dnia 28 lutego 2025 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. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.2024.0.1465 t.j.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U.2024.986 t.j.).

§ 1. Określa się rodzaj 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, przedszkolu, dla których Gmina Jastrzęb jest organem prowadzącym, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Fundusz zdrowotny nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Jastrzęb.

§ 3. Traci moc Uchwała Nr XXXVII/239/2022 Rady Gminy w Jastrzębiu z dnia 31 stycznia 2022 r w sprawie ustalenia wysokości odpisu na fundusz zdrowotny nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez gminę Jastrzęb.

§ 4. Wykonanie Uchwały powierza się Burmistrzowi Jastrzębia.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Sławomir Bińkowski

Załącznik Nr 1
do Uchwały nr X/53/2025
Rady Miejskiej w Jastrzębiu
z dnia 28 lutego 2025 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne w szkołach, przedszkolu prowadzonych przez Gminę Jastrzęb

§ 1

Niniejszy regulamin określa :

1. rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
2. warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy,
3. sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2

1. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Jastrzęb. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny nauczycieli wynosi 0,2% planowanych rocznych środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.
2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 3

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:
 - a) przewlekłą lub ciężką chorobą,
 - b) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek),
 - c) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu,
 - d) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami,
 - e) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.
2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) Przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela;
 - 2) Wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
 - 3) Sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów leczenia;
 - 4) Możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.
3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb zapomogi pieniężne będą przyznawane częściowo lub nie będą przyznane.

§ 4

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - a) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku lub dokumenty imienne (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku,
 - b) oświadczenie o dochodach, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. Wnioski o przyznaniu pomocy zdrowotnej należy składać w terminie do 31 maja oraz do 30 września danego roku.
4. Wnioski o przyznaniu pomocy zdrowotnej należy składać do Burmistrza Gminy Jastrząb za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest albo był zatrudniony przed przejściem na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, który potwierdza zatrudnienie.
5. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatruje Burmistrz Gminy Jastrząb.
6. Wypłata przyznanej pomocy zdrowotnej dla nauczyciela dokonywana jest na konto bankowe wskazane we wniosku przez wnioskodawcę.

7. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych w tym zawiera braki w dokumentacji , o której mowa w ust. 2 nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
8. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 5 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia o czym nauczyciel zostanie poinformowany.
9. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

Załącznik Nr 1 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne w szkołach, przedszkolu prowadzonych przez Gminę Jastrząb

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Numer konta bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc
zdrowotną.....

Uzasadnienie wniosku:

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:
(właściwe zaznaczyć)

- ☐ Rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- ☐ Zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę
- ☐ Oświadczenie o dochodach

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie, i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z funduszu Zdrowotnego nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r o Ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r poz. 1781 z póź. zm)

.....
(Data i podpis wnioskodawcy)

Informacja Dyrektora Szkoły lub osoby upoważnionej

.....
.....

.....
(Data i podpis Dyrektora szkoły
lub osoby upoważnionej)

Decyzja Burmistrza Gminy Jastrząb

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokości.....zł

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej *

* niepotrzebne skreślić

.....
(Data i podpis Burmistrza Jastrzębia)

Załącznik Nr 2 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne w szkołach, przedszkolu prowadzonych przez Gminę Jastrząb

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny wyliczony z roku poprzedniego wynosi

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem

.....
(Data i podpis wnioskodawcy)