



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

---

Opole, dnia 5 grudnia 2025 r.

Poz. 3090

### UCHWAŁA NR XXIV/109/25 RADY MIEJSKIEJ W TUŁOWICACH

z dnia 27 listopada 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. z 2025 r. poz. 1153) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 z późn. zm.), Rada Miejska w Tułowicach 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 przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Tułowice, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Tułowic.

§ 3. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 roku.

Przewodniczący  
Rady Miejskiej

*Tomasz Gala*

Załącznik  
do uchwały nr XXIV/109/25  
Rady Miejskiej w Tułowicach  
z dnia 27 listopada 2025 r.

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

**Rozdział 1  
Postanowienia ogólne**

**§ 1.1.** 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. Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- 1) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Tułowice;
- 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Tułowice;
- 3) szkole - należy przez to rozumieć szkołę, o której mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla której organem prowadzącym jest gmina Tułowice;
- 4) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w wymiarze co najmniej 0,5 obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych, obecnie zatrudnionych w szkołach, nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzących się ze szkół o których mowa w pkt 3;
- 5) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 6) decyzji - należy przez to rozumieć rozstrzygnięcie w zakresie przyznania bądź odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, niebędące decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
- 7) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie środków finansowych z funduszu zdrowotnego;
- 8) wnioskodawcy - należy przez to rozumieć nauczyciela występującego z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

**§ 2.** Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Tułowice, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej. Wysokość odpisu wynosi 0,3% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe dla nauczycieli.

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

**§ 3.1.** 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.

3. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach 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) wysokość dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków funduszu zdrowotnego, wyodrębnionych corocznie w budżecie Gminy Tułowice oraz liczby złożonych wniosków.

### **Rozdział 3**

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

§ 4.1. Z pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego mogą korzystać nauczyciele zatrudnieni w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Tułowice oraz nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

2. Dyrektor potwierdza na wniosku uprawnienie nauczyciela do pomocy zdrowotnej.

3. Warunek o którym mowa 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.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 nauczyciel składa wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej w jednej szkole, w której realizuje najwięcej godzin, a w przypadku równej ilości godzin – w jednej szkole wybranej przez nauczyciela.

**§ 5.1.** Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie o którym mowa w § 3 ust 1 Regulaminu;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (imienne faktury, rachunki i inne);
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 4) oświadczenie o wysokości dochodów netto przypadających na jednego członka rodziny, za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

3. 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 do podejmowania czynności w tym zakresie.

4. Do wykonania czynności opisanej w ust. 3 niezbędne jest upoważnienie.

**§ 6.1.** Wnioski wraz z wymaganymi dokumentami o których mowa w § 5 ust. 2, należy składać w sekretariacie Urzędu Miejskiego w Tułowicach, ul. Szkolna 1, 49-130 Tułowice z dopiskiem „Wniosek o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli”, w terminie:

- 1) od dnia 15 kwietnia do dnia 15 maja danego roku budżetowego, w zakresie wydatków poniesionych w okresie od 1 listopada poprzedniego roku do dnia 30 kwietnia roku, w którym składany jest wniosek;
- 2) od dnia 15 października do dnia 15 listopada danego roku budżetowego, w zakresie wydatków poniesionych w okresie od 1 maja do 31 października.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

3. W przypadku nieusunięcia braków w terminie o których mowa w ust. 2, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

4. Wypłata świadczeń pomocy zdrowotnej następuje w następujących terminach:

- 1) do dnia 15 czerwca danego roku budżetowego – w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 6 ust. 1 pkt 1;
- 2) do dnia 15 grudnia danego roku budżetowego – w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 6 ust. 1 pkt 2.

5. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu o którym mowa w ust. 4.

## **Rozdział 4**

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

**§ 7.1.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest wnioskodawcy raz w danym roku budżetowym w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, pomoc może być przyznana uprawnionemu bez zachowania warunku, o którym mowa w ust. 1.

**§ 8.** Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Tułowic.

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

**§ 10.1.** Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz Tułowic.

2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Tułowice 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.

5. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę.

## **Rozdział 5**

### **Postanowienia końcowe**

§ 11.1. Rejestr złożonych wniosków i wydanych decyzji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Tułowice, prowadzony będzie w Urzędzie Miejskim w Tułowicach. Wzór rejestru stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

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

## Załącznik Nr 1 do Regulaminu

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej****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:

☐ orzeczenie o niepełnosprawności,☐ aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,☐ dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,☐ oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

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

.....  
(miejscowość i data).....  
(podpis wnioskodawcy)**II. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Burmistrza Tułowic, ul. Szkolna 1, 49-130 Tułowice w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.
2. Podaję 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.

.....  
(miejscowość, 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. DECYZJA Nr ..... z dnia.....

Działając na podstawie Uchwały Nr ..... z dnia .....2025 r.  
w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli  
korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania **postanawiam:**

1. Przyznać Pani/Panu ..... zapomogę zdrowotną w wysokości:.....zł,  
(słownie złotych:.....)
2. Odmówić przyznania Pani/Panu.....zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

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

.....  
pieczętka i podpis Burmistrza Tułowic

| KLAUZULA INFORMACYJNA                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA                             | Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Burmistrz Tułowic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA                       | z Administratorem można kontaktować się pisemnie na adres:<br>Urząd Miejski w Tułowicach, 49-130 Tułowice, ul. Szkolna 1 lub telefonicznie tel. 77 46 00 143                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH            | Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani/ Pan skontaktować poprzez email: <a href="mailto:iod@tulowice.pl">iod@tulowice.pl</a> lub pisemnie na adres siedziby Administratora lub telefonicznie: 77 46 00 143<br>Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWY PRAWNE                 | 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.<br>Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| KATEGORIE PRZETWARZANYCH DANYCH OSOBOWYCH            | Imię i nazwisko, PESEL, data i miejsce urodzenia, adres zamieszkania, dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ODBIORCY DANYCH                                      | Pani/ Pana dane osobowe mogą być udostępniane osobom uprawnionym, zgodnie z właściwymi przepisami służbom; organom administracji publicznej; sądom i prokuraturze; komornikom sądowym; państwowym i samorządowym jednostkom organizacyjnym oraz innym podmiotom – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań publicznych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH                          | Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas realizacji sprawy, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - oznaczenie kategorii archiwalnej BE5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| PRAWA PODMIOTÓW DANYCH                               | 1) dostępu: uzyskanie od administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są dane osobowe jej dotyczące, a jeżeli ma to miejsce, jest uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz informacji o zakresie przetwarzania;<br>2) do sprostowania danych: prawo żądania od administratora niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe;<br>3) żądania niezwłocznego usunięcia dotyczących jej danych osobowych z przyczyn, o których mowa w art. 17 rozporządzenia;<br>4) do ograniczenia przetwarzania z przyczyn, o których mowa w art. 17 rozporządzenia;<br>5) powiadomienia o sprostowaniu lub usunięciu danych osobowych lub o ograniczeniu przetwarzania;<br>6) do przenoszenia danych;<br>7) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania |
| PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO        | Przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH | Podanie Pani/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale nie podanie ich, skutkuje nie rozpatrzeniem wniosku o przyznanie Pomocy zdrowotnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Załącznik Nr 2 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE  
o miesięcznych dochodach netto**

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 | 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, data)

.....  
(podpis czytelny nauczyciela)

Załącznik Nr 3 do Regulaminu

**Rejestr złożonych wniosków i wydanych decyzji w sprawie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Tułowice**

[illegible]