



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Bydgoszcz, dnia 28 marca 2025 r.

Poz. 1445

UCHWAŁA NR VII/55/25 RADY GMINY OSIE

z dnia 21 marca 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. 72 ust. 1 i 4, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r., poz. 986) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, nauczycielom zatrudnionym z placówkach oświatowych na terenie Gminy Osie.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem pieniężnym udzielonym w formie zapomogi zdrowotnej.

2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
- 2) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek);
- 3) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
- 5) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

3. Wysokość przyznanej pomocy 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, zakupu leków lub sprzętu;
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych przeznaczonych w budżecie Gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 3. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub opinię lekarską, wypis szpitalny bądź inne dokumenty potwierdzające leczenie szpitalne lub specjalistyczne, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku;

- 2) imienne wystawione rachunki lub faktury potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty w danym roku kalendarzowym;
 - 3) oświadczenie o dochodach, którego wzór stanowi załącznik Nr 2 do niniejszej uchwały.
3. Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane.
- § 4.** 1. Wójt Gminy Osie przyznaje pomoc zdrowotną w ramach posiadanych środków finansowych.
2. W przypadku wyczerpania środków finansowych pomoc zdrowotna nie będzie przyznawana.
3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do Wójta Gminy Osie w Sekretariacie Urzędu Gminy Osie w terminie do dnia 30 listopada danego roku.
- § 5.** Przyznawana pomoc zdrowotna wypłacana jest na konto wskazane przez nauczyciela lub w innej uzgodnionej formie, w terminie 7 dni od dnia powiadomienia nauczyciela o przyznaniu pomocy zdrowotnej.
- § 6.** Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków funduszu zdrowotnego nauczycieli jeden raz w roku budżetowym.
- § 7.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Osie.
- § 8.** Traci moc Uchwała Nr XX/139/13 Rady Gminy Osie z dnia 20 marca 2013 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Kuj-Pom. z 2013 r. poz. 1356).
- § 9.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Przewodniczący Rady Gminy

Dawid Warzyński

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr VII/55/25 Rady Gminy Osie z dnia 21 marca 2025 r.

Wójt Gminy Osie
ul. Dworcowa 6
86-150 Osie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Nauczyciel

(wnioskodawca/ imię i nazwisko)

2. Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy:

3. Nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:.....

.....

4. Potwierdzenie, że wnioskodawca jest/był nauczycielem.....

.....

(data i podpis Dyrektora szkoły lub osoby upoważnionej)

5. Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej :

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

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałam/em* ostatnio w
(miesiąc i rok)

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

.....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, o której mowa w art. 13 RODO.

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- ☐ aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę lub wypis ze szpitala
☐ rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia
☐ oświadczenie o dochodach

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr VII/55/25 Rady Gminy Osie z dnia 21 marca 2025 r.

Oświadczenie

o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

.....

(adres, nr telefonu)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosizł*

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

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

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)