



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Gdańsk, dnia 30 lipca 2025 r.

Poz. 2818

UCHWAŁA NR 164/XX/2025 RADY MIEJSKIEJ W NOWYM STAWIE

z dnia 22 lipca 2025 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Nowy Staw oraz warunki i sposób ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 ze zm.) Rada Miejska w Nowym Stawie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Nowy Staw oraz warunki i sposób ich przyznawania, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Przyjmuje się wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Nowego Stawu.

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

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Marek Szczeciński

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 164/XX/2025

Rady Miejskiej w Nowym Stawie

z dnia 22 lipca 2025 r.

Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Nowy Staw oraz warunki i sposób ich przyznawania

§ 1. 1. Niniejszy regulamin dotyczy pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, o których mowa w art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 ze zm.), dla których organem prowadzącym jest Gmina Nowy Staw, zwanej dalej "pomocą zdrowotną".

2. Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
- 2) warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

§ 2. Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć podmioty z art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela;
- 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Nowy Staw;
- 3) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, o której mowa w pkt 1;
- 4) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
- 5) decyzji - należy przez to rozumieć formę pisemną przyznania pomocy zdrowotnej, niebędącą decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem udzielonym w formie pieniężnej, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z:

- 1) długotrwałą chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym;
- 4) jednorazowe zdarzenie medyczne
- zwane dalej "leczeniem".

2. Nauczyciele mogą ubiegać się o pomoc zdrowotną na:

- 1) zakup leków związanych bezpośrednio z chorobą, których przyjmowanie zostało zlecone przez lekarza;
- 2) zakup sprzętu do rehabilitacji lub niezbędnego do przeprowadzania zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;
- 3) opłaty za świadczenia usług medycznych lub rehabilitacyjnych;
- 4) badania diagnostyczne, konsultacje lub hospitalizację;
- 5) zakup niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 6) zakup okularów korekcyjnych;
- 7) wydatki na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno - opiekuńczych
- zwane dalej "wydatkami".

§ 4. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych wydatków poniesionych na udokumentowane leczenie przez nauczyciela;
- 2) wysokości środków finansowych zaplanowanych w danym roku w budżecie Gminy Nowy Staw na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków, przez co pomoc zdrowotna nie posiada charakteru roszczeniowego.

§ 5. 1. Środkami na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje oraz pomoc zdrowotną przyznaje Burmistrz Nowego Stawu.

2. Złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej nie jest jednoznaczne z przyznaniem świadczenia.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela za pośrednictwem szkoły kompletnego wniosku.

2. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek do szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkoły, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych.

3. W przypadku, gdy ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, o którym mowa w ust. 2 była zlikwidowana szkoła, wniosek składa się do szkoły, w której naliczany jest odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych na tego nauczyciela, będącego emerytem, rencistą bądź pobierającym nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

4. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się do jednej ze szkół, wybranej przez nauczyciela.

§ 7. 1. Ustala się następujące terminy i zasady składania wniosków:

- 1) nauczyciele składają wniosek do szkoły zgodnie z § 6 regulaminu, w terminie do 30 września danego roku kalendarzowego. Wnioski złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dniem złożenia wniosku jest dzień wpływu wniosku do szkoły;
- 2) dyrektor dokonuje oceny formalnej złożonego wniosku i przekazuje kompletne wnioski za pośrednictwem Referatu Oświaty, Kultury i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Nowym Stawie do Burmistrza Nowego Stawu w terminie do 31 października danego roku kalendarzowego.

2. O przyznaniu i wysokości przyznanej pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania, decyduje Burmistrz Nowego Stawu, w terminie do 30 listopada danego roku kalendarzowego.

§ 8. 1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną jeden raz w roku budżetowym.

2. O podjętej decyzji zawiadamia się nauczyciela w formie pisemnej. Od podjętej decyzji brak jest trybu odwoławczego.

3. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez szkołę, w której nauczyciel składał wniosek.

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 164/XX/2025

Rady Miejskiej w Nowym Stawie

z dnia 22 lipca 2025 r.

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY:												
1.1. IMIĘ I NAZWISKO:												
1.2. PESEL												
1.3. ADRES ZAMIESZKANIA												
1.4. WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)												
☐ CZYNNEGO ZAWODOWO												
☐ EMERYTA												
☐ RENCISTY												
☐ OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE												
2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL):												
2.1. NAZWA SZKOŁY:												
2.2. ADRES SZKOŁY:												
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na ZFŚS)												
3.1. NAZWA SZKOŁY:												
3.2. ADRES SZKOŁY:												
4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRYZNANE ŚWIADCZENIE W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ												
5. UZASADNIENIE WNIOSKU												

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:				
ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE				
L p.	DATA FAKTURY / RACHUNKU	NUMER FAKTURY / RACHUNKU	CEL / RODZAJ WYDATKU	KWOTA (W ZŁ)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
ŁĄCZNE WYDATKI				
7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU				
L p.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA			ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
1	KOPIA ZAŚWIADCZENIA WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCA DŁUGOTRWAŁĄ CHOROBE (CHOROBA NIEULECZALNA, PRZEWLEKŁA), DŁUGOTRWAŁE LECZENIE SPECJALISTYCZNE			
2	KOPIE IMIENNYCH DOKUMENTÓW (RACHUNKI, FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCYCH ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH I INNYCH			
3	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU			
4	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE			
5	KOPIE INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI – WYMIENIĆ			

..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA	 CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY
8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:	
Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani: nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli. Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.	
* niepotrzebne skreślić	
..... PIECZĘĆ SZKOŁY	 DATA I PODPIS DYREKTORA