



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

---

Kraków, dnia 10 października 2022 r.

Poz. 6631

### UCHWAŁA NR XLIX-382-22 RADY MIEJSKIEJ W ANDRYCHOWIE

z dnia 29 września 2022 roku

#### **w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek prowadzonych przez Gminę Andrychów oraz warunków 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 2021 r. poz. 1372 ze zm.), art. 72 ust. 1 i 4 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2021 r. poz. 1762 ze zm.) Rada Miejska w Andrychowie, uchwala co następuje:

**§ 1. 1.** Ilekroć w uchwale jest mowa o:

- 1) karcie nauczyciela – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela (Dz.U. 2021 r, poz. 1762 ).
- 2) placówce - należy przez to rozumieć również przedszkole, szkołę i placówki wymienione w art.1 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Andrychów.
- 3) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczyciela o którym mowa w art. 1 ust. 1 i 1a Karty Nauczyciela oraz byłego nauczyciela (emeryt, rencista lub nauczyciel korzystający z nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych uprawnionych do pomocy zdrowotnej).
- 4) pomocy zdrowotnej – należy przez to rozumieć pomoc udzieloną nauczycielowi z funduszu zdrowotnego.

2. Określa się rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych.

3. Niniejszą uchwałę stosuje się w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Andrychów.

**§ 2. 1.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli na dany rok określana jest w uchwale budżetowej Gminy Andrychów.

2. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określone są na każdy rok w planach finansowych placówki w wysokości 0,3 % planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

3. Dysponowanie środkami finansowymi, o których mowa w ust. 2 powierza się dyrektorowi placówki.

**§ 3. 1.** Dyrektor placówki opracowuje regulamin wraz z tabelą określającą wysokość pomocy zdrowotnej. Wysokość świadczenia uzależniona jest od dochodu brutto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku. Regulamin oraz tabela podlegają opinii związków zawodowych.

2. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej podejmuje dyrektor placówki, a w przypadku wniosku dyrektora wicedyrektor placówki.

§ 4. 1. Ze świadczeń pomocy zdrowotnej mogą korzystać byli nauczyciele oraz nauczyciele zatrudnieni w placówce.

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie zapomogi na cele zdrowotne.

3. Pomoc zdrowotna udzielana jest w związku z:

- 1) chorobą przewlekłą,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym i leczeniem poszpitalnym,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,

4. Wysokość przyznanego świadczenia zdrowotnego uzależniona jest od:

- 1) Przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, konieczność stosowania specjalnej diety, zapewnienie dodatkowej opieki choremu) – należy podać orientacyjną kwotę poniesionych kosztów.
- 2) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela,
- 3) wysokości środków finansowych zaplanowanych w uchwale budżetowej.

5. Przyznanie i wysokość świadczeń uzależniona jest od wysokości środków funduszu zdrowotnego w danym roku. Jeżeli suma kwot wnioskowanych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest wyższa od ogólnej kwoty funduszu zdrowotnego, pomoc może być nie przyznana lub przyznana w mniejszej wysokości.

6. Wysokość przyznanych w danym roku świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć kwoty funduszu na dany rok.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania świadczenia zdrowotnego jest złożenie w placówce wniosku wraz z oświadczeniem o dochodach, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające chorobę nauczyciela wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, nie wcześniej niż trzy miesiące przed datą złożenia wniosku
- 2) klauzula informacyjna RODO.

3. Jeśli wniosek nie spełnia wymagań formalnych w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, nauczyciel zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o których mowa powyżej, wniosek będzie pozostawiony bez rozpoznania, o czym nauczyciel zostanie powiadomiony na piśmie.

4. Wniosek o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczyciela, o którym mowa w § 4 ust. 1 za jego zgodą, może złożyć również przełożony nauczyciela, przedstawiciel nauczycielskich związków zawodowych, Rada Pedagogiczna placówki, opiekun lub członek rodziny jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Andrychowa.

§ 7. Traci moc uchwała Nr XV-133-07 Rady Miejskiej w Andrychowie z dnia 13 grudnia 2007r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów korzystających z opieki zdrowotnej, rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej  
**Roman Babski**

Załącznik nr 1 do uchwały Nr XLIX-382-22

Rady Miejskiej w Andrychowie

z dnia 29 września 2022r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data wpływu wniosku do placówki                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |  |
| <b>DANE WNIOSKODAWCY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |  |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |  |
| Adres zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |  |
| Numer telefonu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |  |
| Wniosek dotyczy*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Nauczyciela czynnego zawodowo<br><input type="checkbox"/> Nauczyciela emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne |  |
| *zaznaczyć właściwe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         |  |
| Miejsce zatrudnienia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |  |
| Numer konta bankowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |  |
| <b>UZASADNIENIE WNIOSKU*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |  |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                         |  |
| *należy uzasadnić ubieganie się o pomoc, podać orientacyjne koszty leczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |  |
| <b>OŚWIADCZENIE O DOCHODACH</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |  |
| Liczba osób w rodzinie<br>/dotyczy wszystkich członków w rodzinie prowadzących<br>wspólne gospodarstwo domowe/                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |  |
| Oświadczam że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenie wniosku wynosi ..... 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, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło) uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną. |                                                                                                                                                         |  |

| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU*                                                         |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. ....                                                                        |       |
| 2. ....                                                                        |       |
| 3. ....                                                                        |       |
| 4. ....                                                                        |       |
| * zaświadczenie lekarskie, inne dotyczące sytuacji, klauzula informacyjna RODO |       |
| Data i podpis wnioskodawcy                                                     | ..... |

| DECYZJA DYREKTORA PLACÓWKI                             |
|--------------------------------------------------------|
| .....                                                  |
| .....                                                  |
| .....                                                  |
| WYSOKOŚĆ PRYZNANEJ POMOCY ZDROWOTNEJ                   |
| Przyznaję zapomogę na cele zdrowotne w wysokości ..... |
| słownie: .....                                         |
| DATA I PODPIS DYREKTORA PLACÓWKI                       |
| .....                                                  |