



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Kraków, dnia 30 maja 2025 r.

Poz. 3409

UCHWAŁA NR XIV/105/25 RADY MIEJSKIEJ W ZATORZE

z dnia 27 maja 2025 roku

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 2024 r. poz. 1465 z późn.zm.), 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 z późn. zm.)

Rada Miejska w Zatorze,

uchwała 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 szkół dla których organem prowadzącym jest Gmina Zator, w brzmieniu stanowiącym Załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr LXII/356/10 Rady Miejskiej w Zatorze z dnia 12 sierpnia 2010 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego wysokość środków budżetowych przeznaczanych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzaj świadczenia oraz warunki i sposoby ich przyznawania.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Zatora.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej w Zatorze

dr inż. Stanisław Orlicki

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XIV/105/25
Rady Miejskiej w Zatorze
z dnia 27 maja 2025 r.

REGULAMIN
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół
dla których organem prowadzącym jest Gmina Zator

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,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2.

Ileć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć przedszkola, szkoły podstawowe, zespoły szkolno-przedszkolne oraz zespoły szkół dla których organem prowadzącym jest Gmina Zator,
- 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Zator,
- 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) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców oraz innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych o których mowa w pkt 1 oraz rencistów i emerytowanych nauczycieli jednostek organizacyjnych wymienionych w pkt 1, w tym także korzystających z nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- 6) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe zabezpieczone w danym roku na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w budżecie Gminy Zator,
- 7) decyzji - należy przez to rozumieć formę prawną przyznania pomocy zdrowotnej, niebędącą decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U.2024 poz.572 z późn. zm).

§ 3.

1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem udzielonym w formie pieniężnej wypłacanej w ramach funduszu zdrowotnego, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z:

- 1) przewlekłą chorobą nauczyciela,
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, rehabilitacją, wypadkiem czy zdarzeniem losowym,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia poszpitalnego;
- 4) koniecznością zakupu wyrobów medycznych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych oraz sprzętu medycznego przysługującego na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

2. Ze świadczeń mogą korzystać:

- 1) nauczyciele, wychowawcy oraz inni pracownicy pedagogiczni zatrudnieni w szkołach prowadzonych przez Gminę Zator,
- 2) byli nauczyciele, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, ze szkół prowadzonych przez Gminę Zator.

3. Przed złożeniem wniosku zatrudnienie w szkole, której organem prowadzącym jest Gmina Zator potwierdza dyrektor danej szkoły.

4. W przypadku nauczyciela zatrudnionego w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej potwierdzany jest przez dyrektora szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze godzin.

5. W przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wniosek potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty, bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

§ 4.

1. Wysokość środków finansowych na pomoc zdrowotną w ramach funduszu zdrowotnego dla nauczycieli określana jest corocznie w uchwale budżetowej Gminy Zator.

2. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Zatora.

3. Środki niewykorzystane w danym roku budżetowym na pomoc zdrowotną dla nauczycieli nie przechodzą na następny rok.

§ 5.

1. Ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli z funduszu zdrowotnego mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 3 niniejszego Regulaminu, pomoc finansową w szczególności można przeznaczyć na:

- a) zakup leków związanych bezpośrednio z przewlekłą chorobą, których przyjmowanie zostało zlecone przez lekarza na podstawie zaświadczenia lekarskiego,
- b) zakup niezbędnych wyrobów medycznych lub sprzętu medycznego zleconych przez lekarza,
- c) zakup sprzętu oraz urządzeń do rehabilitacji zleconych przez lekarza,
- d) opłaty za świadczenia usług medycznych lub rehabilitacyjnych,
- e) badania diagnostyczne, konsultacje lub hospitalizacje,
- f) wydatki poniesione na przejazdy związane bezpośrednio z udzielanym świadczeniem zdrowotnym,
- g) wydatki na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest jeden raz w danym roku budżetowym.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku budżetowym w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych oraz na uzasadniony wniosek uprawnionego nauczyciela.

4. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych wydatków poniesionych na leczenie przez nauczyciela, poniesionych nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku.
- 2) wysokości środków finansowych zaplanowanych w danym roku w budżecie Gminy Zator na pomoc zdrowotną dla nauczycieli,
- 3) liczby złożonych wniosków,
- 4) sytuacji zdrowotnej i finansowej nauczyciela.

§ 6.

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela jest złożenie w terminie do 31 października danego roku wniosku na obowiązującym druku, którego wzór stanowi Załącznik do niniejszego Regulaminu.

2. Złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej nie jest jednoznaczne z przyznaniem świadczenia.
3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, nauczyciel jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. Wnioski niekompletne, które nie zostaną uzupełnione w wyznaczonym terminie pozostaną bez rozpatrzenia.
5. Wnioski złożone po wyznaczonym terminie w danym roku budżetowym pozostaną bez rozpatrzenia.
6. Wniosek należy złożyć w Biurze Obsługi Klienta Urzędu Miejskiego w Zatorze w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Pomoc zdrowotna dla nauczycieli” wraz z danymi kontaktowymi nauczyciela.

§ 7.

Do wniosku, o którym mowa w § 6, należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające fakt istnienia przewlekłej choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne, konieczność zakupu wyrobów medycznych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych oraz sprzętu medycznego wystawione nie wcześniej niż trzy miesiące przed datą złożenia wniosku,
- 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatków wymienionych we wniosku w formie oryginałów lub kserokopii dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez nauczyciela, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 8.

1. Złożone wnioski będą rozpatrywane do 30 listopada roku budżetowego.
2. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej w ramach funduszu zdrowotnego lub odmowie jej przyznania podejmuje Burmistrz Zatora.
3. O podjętej decyzji zawiadamia się nauczyciela w formie pisemnej.
4. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez nauczyciela.

Załącznik do Regulaminu przyznawania
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół
dla których organem prowadzącym jest
Gmina Zator

WNIOSEK

O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

I. Dane nauczyciela:

1. Nazwisko i imię nauczyciela:
2. Adres zamieszkania:
3. Numer telefonu:
4. Nr rachunku bankowego:
5. Jednostka oświatowa, w której nauczyciel jest zatrudniony lub był zatrudniony w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub przebywającego na świadczeniu kompensacyjnym
.....
6. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:
.....
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy)

II. Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

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

III. Dokumenty:

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie lekarskie o numerze z dnia.....
potwierdzające fakt istnienia przewlekłej choroby/długotrwałe leczenie szpitalne lub
poszpitalne/konieczność zakupu wyrobów medycznych/sprzętu i urządzeń
rehabilitacyjnych/sprzętu medycznego.*

2. Następujące dokumenty potwierdzające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej:

Lp.	Numer faktury/rachunku	Data wystawienia	Rodzaj wydatku	Kwota
1				
2				
3				
4				
5				
Łączna kwota udokumentowanych wydatków				

3. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

.....
.....

IV. Oświadczenie:

Oświadczam, że średni dochód netto przypadający na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z trzech pełnych miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek wynosi:zł, (słownie zł:)*.

Ilość osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego:

**Do wysokości dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu wlicza się wszelkiego rodzaju zasiłki, w tym 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 uzyskane w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.*

Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione wydatki nie były refundowane z innych źródeł.

Świadom(y)a 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.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

V. Wypełnia Dyrektor Szkoły:

Potwierdzam, że Pan(i) (imię i nazwisko)..... jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.

1. Jest nauczycielem zatrudnionym w (nazwa szkoły)
w łącznym wymiarze.....etatu;
2. Jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w (nazwa szkoły):
.....
3. Jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły (nazwa szkoły)
.....

Pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w (nazwa szkoły)*

(pieczęć szkoły)

.....
(Data, pieczęć i podpis Dyrektora)

VI. Decyzja

Na podstawie Uchwały Nr Rady Miejskiej w Zatorze z dnia.....
w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, niniejszym przyznaję/nie przyznaję*:

Pani/Panu:

.....

pomoc zdrowotną w wysokości:zł.

(słownie zł:).

.....
Data, pieczęć i podpis Burmistrza

*niepotrzebne skreślić