



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 22 października 2025 r.

Poz. 4460

UCHWAŁA NR XXIV/234/25 RADY MIEJSKIEJ W WOLINIE

z dnia 29 września 2025 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkola, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wolin

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

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkola, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wolin oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolu, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wolin, zgodnie z regulaminem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr XXV/282/05 Rady Miejskiej w Wolinie z dnia 16 lutego 2005 r. w sprawie utworzenia funduszu zdrowotnego z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolu i szkołach prowadzonych przez Gminę Wolin.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Wolina.

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

Przewodniczący Rady

Radosław Kaliciuk

Załącznik do uchwały Nr XXIV/234/25

Rady Miejskiej w Wolinie

z dnia 29 września 2025 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolu, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wolin

przyjęty na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 z późn. zm.).

Rozdział 1 Postanowienia ogólne

§ 1. Ilekroć w Regulaminie gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolu prowadzonych przez Gminę Wolin, zwanym dalej Regulaminem, jest mowa o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć także przedszkole, dla którego organem prowadzącym jest Gmina Wolin;
- 2) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczyciela zatrudnionego w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć w placówkach, o których mowa w pkt 1 oraz nauczyciela przebywającego na emeryturze, rencie lub nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym, który przeszedł na te świadczenia z placówek, o których mowa w pkt 1;
- 3) Burmistrz - należy przez to rozumieć Burmistrza Wolina;
- 4) GBAS - należy przez to rozumieć Gminne Biuro Administracyjne Szkół w Wolinie.

§ 2. 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.

§ 3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa się corocznie w budżecie Gminy Wolin.

Rozdział 2 Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4. 1. Pomoc zdrowotną przyznaje Burmistrz Wolina.

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz w roku budżetowym, w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku budżetowym.

§ 5. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą;
- 4) leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;

- 5) rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym wskutek wypadku, zdarzenia losowego;
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie;
- 7) koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych;
- 8) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi;
- 9) leczeniem sanatoryjnym i uzdrowiskowym, np. turnusem rehabilitacyjnym przysługującym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza;
2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:
 - 1) refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów);
 - 2) refundacja kosztów zakupu okularów/szkieł korekcyjnych (nie częściej niż raz na dwa lata);
 - 3) refundacja kosztów leczenia stomatologicznego i usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata);
 - 4) refundacja kosztów opieki nad chorym w domu;
 - 5) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, rehabilitacji;
 - 6) refundacja kosztów dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia - w przypadku długotrwałego leczenia;
 - 7) refundacja kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 6. 1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych przeznaczonych w budżecie Gminy Wolin na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Rozdział 3

Warunki i sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 7. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na podstawie pisemnego wniosku nauczyciela, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowania leków;
- 2) oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia, zakup leków, środków pomocniczych, wyrobów

medycznych, specjalistycznego sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego (tj. imienne rachunki, faktury wystawione na wnioskodawcę za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku).

§ 8. 1. Wnioski wraz z wymaganymi dokumentami w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej składa się bezpośrednio w Gminnym Biurze Administracyjnym Szkół w Wolinie, ul. Spokojna 1, 72-510 Wolin lub za pośrednictwem dyrektora szkoły, który jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania wniosku do GBAS. Wnioski składa się w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Wniosek o pomoc zdrowotną nauczycieli”, w dwóch terminach:

- a) do 31 maja danego roku kalendarzowego;
- b) do 31 października danego roku kalendarzowego.

2. Rozpatrywanie wniosków odbywa się dwa razy w roku kalendarzowym.

- a) wnioski złożone do 31 maja danego roku rozpatrywane będą w terminie do 30 czerwca danego roku kalendarzowego;
- b) wnioski złożone do 31 października danego roku rozpatrywane będą w terminie do 30 listopada danego roku kalendarzowego.

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

4. W przypadku nieusunięcia braków w wyznaczonym terminie, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

5. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy.

§ 9. 1. Pomoc zdrowotna w ramach Funduszu Zdrowotnego może być udzielona wnioskodawcy jeden raz w danym roku budżetowym.

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

§ 10. 1. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz.

2. Świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej przyznaje Burmistrz, w oparciu o wykaz wniosków zawierający rekomendowaną wysokość świadczenia, przygotowany przez GBAS.

3. Od decyzji Burmistrza nie przysługuje odwołanie.

4. Obsługę wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej zapewnia GBAS.

5. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez GBAS, po przekazaniu przez organ prowadzący środków finansowych na konto szkoły.

6. Wypłata świadczenia dokonywana jest przelewem na wskazany we wniosku rachunek bankowy.

7. GBAS powiadamia pisemnie wnioskodawcę o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej wraz z uzasadnieniem odmowy przyznania świadczenia.

§ 11. GBAS prowadzi rejestr wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 12. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, niewykorzystane w danym roku budżetowym, nie przechodzą na rok następny.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu
Funduszu Zdrowotnego

Burmistrz Wolina

WNIOSEK

o przyznanie świadczenie pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Nr telefonu
4. Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)
.....
5. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:
.....
6. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am *
.....
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

II. Uzasadnienie wniosku (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie)

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

Do wniosku załączam:

- 1) klauzulę informacyjną;
- 2) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowania leków;
- 3) oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem imiennych faktur lub rachunków potwierdzające poniesione koszty leczenia, za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku -..... szt;

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

.....
.....

III. Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód netto w przeliczeniu na jednego członka mojej rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósłzł

(słownie:.....zł).

Oświadczenie składałam w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

.....
data i czytelny podpis

IV. Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczenia w zakresie pomocy zdrowotnej.

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Panijest**:

- ☐ rencistą/emerytem
- ☐ na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym
- ☐ nauczycielem w stanie nieczynnym
- ☐ nauczycielem czynnym zawodowo – wymiar zatrudnienia

.....
data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły

V. Stanowisko Burmistrza Wolina

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*

w wysokości.....zł (słownie)

Nie przyznaję świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej*

Uzasadnienie (w przypadku odmowy przyznania pomocy)

.....
.....

.....
.....

.....
podpis i pieczęć burmistrza

* Niepotrzebne skreślić

**Odpowiednie zaznaczyć

Załącznik Nr 2 do Regulaminu
Funduszu Zdrowotnego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Gminę Wolin-Urząd Miejski w Wolinie jest Burmistrz Wolina. Dane Urzędu: Ul. Zamkowa 23, 72-510 Wolin, adres e-mail: sekretariat@gminawolin.pl;
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Urzędzie: e-mail: iodo@gminawolin.pl;
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia złożonego wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej na podstawie Pani/Pana zgody wyrażonej w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO w związku z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych,
 - b) prawo do sprostowania danych,
 - c) prawo do usunięcia danych,
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych jeśli jest to niezgodne z celem lub stanowią o tym przepisy prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w pkt. 3.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.
10. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego..

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy