



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 13 listopada 2025 r.

Poz. 4986

UCHWAŁA NR XVII/211/25 RADY MIEJSKIEJ W KAMIENIU POMORSKIM

z dnia 30 października 2025 r.

w sprawie określenia Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 986, ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się Regulamin gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski.

§ 2. Traci moc Uchwała nr LIII/416/10 Rady Miejskiej w Kamieniu Pomorskim z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie określenia wielkości środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych gminy Kamień Pomorski oraz rodzaju świadczeń, warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2010 r., nr 44, poz. 925).

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

Przewodnicząca Rady Miejskiej

Anna Kowalska

Załącznik do uchwały nr XVII/211/25
Rady Miejskiej w Kamieniu Pomorskim
z dnia 30 października 2025 r.

REGULAMIN

Regulamin gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 1. Regulamin określa

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Ilekroć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia:

- 1) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Gminę Kamień Pomorski,
- 2) szkole – należy przez to rozumieć szkołę oraz przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski,
- 3) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczyciela, o którym mowa w art.1 ust. 1 pkt 1 ustawy - Karta Nauczyciela, oraz byłego nauczyciela, który przeszedł na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którego ostatnim miejscem pracy były szkoły na terenie Gminy Kamień Pomorski.
- 4) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 5) funduszu zdrowotnym – należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki,
- 6) decyzji – należy przez to rozumieć rozstrzygnięcie w zakresie przyznania bądź odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, niebędącej decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego.
- 7) wnioskodawca – należy przez to rozumieć nauczyciela występującego z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 3. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Kamień Pomorski. Wysokość odpisu wynosi 0,3% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

Rozdział 2. Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4. 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) długotrwałym 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, estetycznych;
- 8) leczeniem okulistycznym, usługami okulistycznymi, badaniami optometrycznymi
- 9) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi;
- 10) operacjami umożliwiającymi dalsze wykonywanie zawodu,
- 11) zabiegami leczniczymi aparatu mowy oraz kosztami zakupu leków, które korygują i usuwają schorzenia aparatu mowy, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez laryngologa lub foniatrę;
- 12) korzystaniem z leczenia psychiatrycznego lub pomocy psychologicznej;
- 13) leczeniem narządu słuchu;
- 14) z profilaktyką zdrowotną w zakresie badań cytologicznych, USG piersi, mammografii i prostaty;
- 15) korzystanie z leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego nierefundowanego przez żadną instytucję.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacją kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów);
- 2) refundacją kosztów zakupu okularów/szkieł korekcyjnych (nie częściej niż raz na dwa lata);
- 3) refundacją kosztów 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.

§ 5. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mający wpływ na sytuację materialną nauczyciela (zapewnienie dodatkowej opieki choremu, zakup specjalistycznych sprzętów, leków);
- 2) wysokość udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
- 3) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie gminy oraz liczby złożonych wniosków.

Rozdział 3.

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie od lekarza lub optometrysty w przypadku okularów lub soczewek kontaktowych, 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) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (kopie faktur VAT, rachunków);
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;

4) oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny- wspólnie zamieszkującego w jednym gospodarstwie domowym, za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, na druku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

3. W uzasadnionych przypadkach wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielowi może złożyć również członek rodziny lub osoba upoważniona przez nauczyciela.

§ 7. 1. Wnioski w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej składa się w szkole, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony, w zaklejonej kopercie z dopiskiem: „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczycieli”, wraz z wymaganymi dokumentami:

- 1) od dnia **01 listopada do dnia 30 listopada danego roku budżetowego**, w zakresie wydatków poniesionych w okresie od dnia 30 listopada roku poprzedniego do dnia 31 października roku, w którym składany jest wniosek,
- 2) dyrektor szkoły potwierdza na załączniku nr 2 do wniosku wymiar zatrudnienia nauczyciela, a w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne- fakt przejścia na świadczenie z danej szkoły.
- 3) dyrektor szkoły w terminie trzech dni roboczych przekazuje wnioski w zaklejonych kopertach do sekretariatu Burmistrza Kamienia Pomorskiego, ul. Stary Rynek 1, 72-400 Kamień Pomorski.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania – wezwanie telefoniczne z adnotacją na wniosku o terminie i godzinie wykonania połączenia.

3. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust.2, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

4. Wypłata świadczeń pomocy zdrowotnej następuje na podstawie decyzji Burmistrza Kamienia Pomorskiego, w terminie do dnia 30 grudnia – w przypadku wniosków złożonych terminie określonym w § 7 ust. 1.

5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności w razie wystąpienia choroby nowotworowej, nagłego wypadku, nagłego zachorowania, wniosek może być rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 4.

6. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem pomocy.

Rozdział 4.

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8. 1. Pomoc zdrowotna ma charakter bezzwrotnego świadczenia pieniężnego, udzielonego w formie zapomogi zdrowotnej.

2. Pomoc zdrowotna może być udzielona wnioskodawcy jeden raz w danym roku budżetowym.

§ 9. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Kamienia Pomorskiego.

§ 10. 1. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz Kamienia Pomorskiego.

2. Decyzja, o której mowa w ust.1 jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Decyzja o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej zawiera pisemne uzasadnienie.

3. Obsługę wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej zapewnia Referat Oświaty, Kultury i Sportu Urzędu Miejskiego w Kamieniu Pomorskim.

§ 11. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z Funduszu Zdrowotnego prowadzi Referat Oświaty, Kultury i Sportu Urzędu Miejskiego w Kamieniu Pomorskim. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 12. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej, dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez nauczyciela wniosku.

Rozdział 5.

Postanowienia końcowe

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

2. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

Załącznik nr 1
do Regulaminu gospodarowania środkami
finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną
dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których
organem prowadzącym jest Gmina Kamień
Pomorski

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

Szkola, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony					
Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć „X”)					
☐	czynny zawodowo	☐	rencista/emeryt	☐	nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z powodu:

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

(należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodnie z §4 ust.1 Regulaminu)

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY (właściwe zaznaczyć „X”)

☐	Zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie od lekarza lub optometrysty w przypadku okularów lub soczewek kontaktowych potwierdzające leczenie związane z przewlekłą chorobą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowanie leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przez datą złożenia wniosku;
☐	imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 1 listopada roku poprzedzającego złożenie wniosku-..... szt.;

	oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
	inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Świadczenie przyznane z Funduszu Zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać na moje konto nr :.....

Oświadczam, że w zakresie objętym niniejszym wnioskiem nie uzyskałam/lem refundacji od innego podmiotu

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSBOWYCH

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Gminę Kamień Pomorski, ul. Stary Rynek 1, 72-400 Kamień Pomorski, wyłącznie w celu jego realizacji;

2) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Kamienia Pomorskiego, ul. Stary Rynek 1, 72-400 Kamień Pomorski.
- Inspektorem ochrony danych osobowych jest p. Dariusz Łydziański – dariusz@4itsecurity.pl, tel. 607-603-890.
- Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. z uwagi na niezbędność wykonywania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej.
- Państwa dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora, obsługującym lub udostępniającym systemy i narzędzia teleinformatyczne, upoważnionym pracownikom Urzędu Miejskiego w Kamieniu Pomorskim, a także odbiorcom danych osobowych m.in. organom państwowym lub organom samorządu terytorialnego, sądom, innym organom sprawiedliwości, operatorom pocztowym.
- Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji zadań w interesie publicznym lub w ramach wykonywania władzy publicznej, maksymalnie przez okres niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń, a wynikających z przepisów prawa.
- Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
- Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych w razie uznania, że przetwarzania państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Załącznik nr 2

do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	
Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę (słownie:)	
Sposób wyliczenia:	
1. Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2. Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.	zł
3. Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
4. Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzający złożenie wniosku (poz.2+poz. 3)	zł
5. Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny (poz.4 tj. łączny dochód rodziny podzielony przez poz.1 tj. liczbę osób w rodzinie i podzielony przez 3 miesiące)	zł

Pouczenie:

*Dochód netto, tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu wlicza się m.in. wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, emerytury, renty, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło, dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia dyrektor szkoły

Potwierdzam, że Pan/Pani.....
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli tj.

1. jest nauczycielem zatrudnionym w
w łącznym wymiarze etatu,
2. jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w
.....
3. jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły
pobierającym emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, na którego odpis na ZFŚS jest naliczany w

.....

.....

(pieczęć szkoły)

(data i podpis dyrektora)

Decyzja Burmistrza Kamienia Pomorskiego

Po zapoznaniu się z wnioskiem

Przyznaję Panu/Pani

Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł

(słownie złotych):

.....).

Nie przyznaję Panu/Pani

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

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

.....

(podpis Burmistrza Kamienia Pomorskiego)

Załącznik nr 3

do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kamień Pomorski

REJESTR WNIOSKÓW O PRYZNANIE POMOCY Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO W ROKU

[illegible]