



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

---

Szczecin, dnia 4 kwietnia 2025 r.

Poz. 1671

### UCHWAŁA NR XV/109/2025 RADY MIASTA ŚWINOUJŚCIE

z dnia 27 marca 2025 r.

#### **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, 1572, 1907 i 1940), art. 40 ust. 1 w związku z art. 92 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107 i 1907) 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, z 2023 r. poz. 1672, z 2024 r. poz. 1871), Rada Miasta Świnoujście uchwala, 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 zatrudnionych w szkołach, przedszkolach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Świnoujście, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Świnoujście.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr XIV/147/2007 Rady Miasta Świnoujście z dnia 26 kwietnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego Nr 71 poz. 1144 z dnia 15 czerwca 2007 r.).

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

Przewodniczący Rady Miasta

Ryszard Teterycz

**Załącznik  
do Uchwały Nr XV/109/2025  
Rady Miasta Świnoujście  
z dnia 27 marca 2025 r.**

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, przedszkolach i placówkach,  
dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Świnoujście**

**§ 1.** 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.** Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- 1) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Miasto Świnoujście;
- 1) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczyciela, o którym mowa art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela, zatrudnionego w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć;
- 2) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 3) decyzji - należy przez to rozumieć rozstrzygnięcie w zakresie przyznania bądź odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, niebędące decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego;
- 4) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Miasto Świnoujście;
- 5) szkole - należy przez to rozumieć szkołę, o której mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Świnoujście;
- 6) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 7) Wydziale Edukacji - należy przez to rozumieć Wydział Edukacji Urzędu Miasta Świnoujście.

**§ 3. 1.** Decyzję o przyznaniu, odmowie i wysokości pomocy zdrowotnej podejmuje Prezydent Miasta Świnoujście, w oparciu o wykaz wniosków zawierający rekomendowaną wysokość świadczenia, przygotowany przez Wydział Edukacji.

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 Wydział Edukacji.

**§ 4. 1.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom raz w roku budżetowym.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku.

**§ 5.** Rozpatrywanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej odbywa się dwa razy w roku kalendarzowym.

**§ 6. 1.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) ciężką, przewlekłą chorobą nauczyciela;
- 2) korzystaniem ze względów zdrowotnych lub estetycznych z protetyki dentystycznej lub stomatologii;
- 3) leczeniem narządu wzroku;
- 4) leczeniem narządu słuchu;
- 5) leczeniem choroby zawodowej;
- 6) zabiegami leczniczymi organów mowy, które korygują i usuwają schorzenia organów mowy, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez lekarza laryngologa lub foniatrę;

- 7) korzystaniem z leczenia psychiatrycznego lub pomocy psychologicznej;
  - 8) rehabilitacją;
  - 9) leczeniem skutków wypadków losowych (np. oparzeń);
  - 10) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
  - 11) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.
2. Świadczenie pieniężne w związku z leczeniem, o którym mowa w ust. 1 może być przyznane na częściowe pokrycie kosztów:
- 1) zakupu leków i innych środków medycznych związanych z chorobą;
  - 2) odpłatnych badań medycznych lub zabiegów;
  - 3) odpłatnych usług rehabilitacyjnych;
  - 4) zakupu urządzeń i przyrządów medycznych;
  - 5) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego;
  - 6) zakupu okularów, soczewek korekcyjnych;
  - 7) korzystania z usług pielęgnacyjno–opiekuńczych.
3. 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 specjalistycznej diety);
  - 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
  - 3) sytuacji materialnej nauczyciela.

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

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające okoliczności wymienione w § 6 ust. 1 regulaminu;
  - 2) imienne faktury, rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji;
  - 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 3, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

§ 8. 1. Dyrektor szkoły własnoręcznym podpisem wraz z pieczęcią szkoły potwierdza na wniosku status i wymiar zatrudnienia nauczyciela.

2. Potwierdzenie przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne nauczyciel uzyskuje od dyrektora szkoły, w której naliczany jest jego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych.
3. W przypadku, gdy nauczycielem ubiegającym się o przyznanie pomocy zdrowotnej jest dyrektor szkoły, potwierdzenia zatrudnienia dokonuje Naczelnik Wydziału Edukacji.
4. Warunek dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony również, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej  $\frac{1}{2}$  obowiązkowego wymiaru zajęć.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 nauczyciel składa wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej w jednej szkole, w której realizuje najwięcej godzin, a w przypadku równej ilości godzin – w jednej szkole wybranej przez nauczyciela.

§ 9. 1. Wnioski należy składać do Prezydenta Miasta Świnoujście za pośrednictwem dyrektora wraz z wymaganymi dokumentami w terminach:

- 1) do dnia 30 kwietnia danego roku kalendarzowego;
  - 2) do dnia 30 września danego roku kalendarzowego.
2. Dyrektor przekazuje wnioski do Urzędu Miasta Świnoujście, ul. Wojska Polskiego 1/5, 72- 600 Świnoujście, w zaklejonej kopercie z dopiskiem „Wnioski o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli” w terminie do dnia 15 maja i 15 października danego roku kalendarzowego.
3. Wnioski rozpatrywane będą w następujących terminach:
- 1) wnioski złożone w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 do dnia 30 czerwca danego roku kalendarzowego;

- 2) wnioski złożone w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 do dnia 30 listopada danego roku kalendarzowego.
4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach losowych wniosek może być złożony i rozpatrzony w terminie innym, niż wskazany w ust. 1 i 3.
  5. Wnioski złożone po 30 września danego roku kalendarzowego będą rozpatrywane w następnym roku kalendarzowym, w terminie o którym mowa w ust. 3 pkt 1.
  6. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się tylko do dyrektora jednej ze szkół.

**§ 10.** Wypłata świadczenia następuje w terminie do 31 sierpnia i 15 grudnia danego roku kalendarzowego.

Załącznik do Regulaminu

**WNIOSEK**

o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

| WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA   |  |
|-------------------------|--|
| DANE OSOBOWE            |  |
| Nazwisko, imię          |  |
| Nr telefonu do kontaktu |  |
| Adres zamieszkania      |  |
| Nazwa banku             |  |
| Nr rachunku bankowego   |  |

| POŚWIADCZENIE STATUSU NAUCZYCIELA |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa szkoły                      |                                                                                                                                                                            |
| Status nauczyciela                | 1) nauczyciel pracujący ,<br>2) nauczyciel emeryt,<br>3) nauczyciel rencista<br>4) nauczyciel pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne<br>*podkreślić właściwe |
| Wymiar zatrudnienia               |                                                                                                                                                                            |
| .....<br>pieczęć szkoły           | Świnoujście, .....<br>Data      podpis i pieczęć Dyrektora                                                                                                                 |

**I. Zwracam się z prośbą o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z funduszu zdrowotnego**

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym .....**

**III. Średni miesięczny dochód netto z ostatnich trzech miesięcy na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym**

kwota ..... zł

słownie złotych: .....

Należy uwzględnić wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Do wniosku załączam:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

(Do wniosku należy dołączyć: aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające okoliczności wymienione w § 6 ust. 1 regulaminu; imienne faktury, rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji w danym roku; inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.)

Świnoujście, .....  
data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### **Decyzją Prezydenta Miasta Świnoujście**

1. Udzielam pomocy zdrowotnej w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego

w wysokości: ..... zł (słownie złotych: .....)

2. Odmawiam udzielenia pomocy zdrowotnej z powodu .....

.....

Świnoujście, dnia .....

.....  
podpis Prezydenta Miasta