



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 6 lutego 2026 r.

Poz. 579

UCHWAŁA NR XXII/201/2026 RADY MIEJSKIEJ W POŁCZYNIĘ-ZDRÓJU

z dnia 28 stycznia 2026 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 2025 r. poz. 1153 t.j.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 t.j.), uchwala się 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 i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Połczyn-Zdrój, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Połczyna-Zdroju.

§ 3. Traci moc uchwała NR XXVIII/330/2020 Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju z dnia 30 września 2020 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady

Robert Dośpiał

Załącznik do uchwały nr XXII/201/2026
Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroj
z dnia 28 stycznia 2026 r.

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Połczyn-Zdrój.**

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. 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, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy;
- 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 Połczyn-Zdrój;
 - 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Połczyn-Zdrój;
 - 3) 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 Połczyn-Zdrój;
 - 4) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w wymiarze co najmniej 0,5 obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych, obecnie zatrudnionych w szkołach, nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzących się ze szkół o których mowa w pkt. 3;
 - 5) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
 - 6) 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;
 - 7) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie środków finansowych z funduszu zdrowotnego;
 - 8) wnioskodawcy - należy przez to rozumieć nauczyciela występującego z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 2. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Połczyn-Zdrój, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

**Rozdział 2.
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

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

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą (chorobą nieuleczalną);
- 2) długotrwałym leczeniem z powodu choroby zawodowej;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową;
- 5) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub niezbędnej aparatury medycznej.

- 7) korzystaniem ze względów zdrowotnych z protetyki dentystycznej lub stomatologii;
- 8) zabiegami leczniczymi organów mowy oraz kosztami zakupu leków, które korygują i usuwają schorzenia organów mowy, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez lekarza laryngologa lub foniatrę;
- 9) leczeniem narządu wzroku;
- 10) leczeniem narządu słuchu;
- 11) operacjami umożliwiającymi dalsze wykonywanie zawodu;
- 12) korzystaniem z leczenia psychiatrycznego lub pomocy psychologicznej;
- 13) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi;
- 14) z profilaktyką zdrowotną w zakresie badań cytologicznych, USG piersi, mammografii i prostaty;
- 15) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego, np. turnusu rehabilitacyjnego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków związanych z chorobą nauczyciela, których przyjmowanie zostało zalecone przez lekarza (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów, leków OTC);
- 2) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, odpłatnych badań diagnostycznych, usług rehabilitacyjnych, konsultacji i hospitalizacji;
- 3) refundacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzenia zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;
- 4) refundacja zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 5) refundacja kosztów na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 6) refundacja kosztów zakupu okularów, soczewek korekcyjnych na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty (nie częściej niż raz na dwa lata i nie więcej niż 50% ich wartości);
- 7) refundacja kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na 2 lata i nie więcej niż 50% wartości zakupu);
- 8) refundacja kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia do placówki służby zdrowia, znajdującej się poza miejscem zamieszkania - w przypadku długotrwałego leczenia.

Rozdział 3.

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4. 1. Z pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego mogą korzystać nauczyciele zatrudnieni w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Połczyn-Zdrój oraz nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

2. Dyrektor potwierdza na wniosku uprawnienie nauczyciela do pomocy zdrowotnej.

3. Warunek o którym mowa ust. 1 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. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, potwierdzające leczenie o którym mowa w § 3 ust 1 Regulaminu;
- 2) oryginały dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (imienne faktury, rachunki i inne);

- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 4) oświadczenie o wysokości dochodów netto przypadających na jednego członka rodziny, za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

3. W wyjątkowej sytuacji wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również dyrektor, przedstawiciel związków zawodowych, rada pedagogiczna, członek rodziny lub opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

4. Do wykonania czynności opisanej w ust. 3 niezbędne jest upoważnienie.

§ 6. 1. Wnioski wraz z wymaganymi dokumentami o których mowa w § 5 ust. 2, należy składać w Urzędzie Miejskim w Połczynie-Zdroju w kopercie z dopiskiem „Wniosek o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli”, w terminie:

- 1) do dnia 30 kwietnia danego roku budżetowego, lub
- 2) do dnia 30 września danego roku budżetowego.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

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

4. Wypłata świadczeń pomocy zdrowotnej następuje w następujących terminach:

- 1) do dnia 31 maja danego roku budżetowego – w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 6 ust. 1 pkt 1;
- 2) do dnia 31 października danego roku budżetowego – w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 6 ust. 1 pkt 2.

5. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu o którym mowa w ust. 4.

Rozdział 4.

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 7. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest wnioskodawcy raz w danym roku budżetowym w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

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

3. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela;
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) wysokość dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków funduszu zdrowotnego, wyodrębnionych corocznie w budżecie Gminy Połczyn-Zdrój oraz liczby złożonych wniosków.

4. Ustala się refundację poniesionych wydatków w wysokości 60% ich wartości, z uwzględnieniem sytuacji materialnej rodziny, nie więcej jednak niż 50% wynagrodzenia zasadniczego netto nauczyciela początkującego.

5. Refundacji nie podlegają wydatki już zrefundowane poprzez uzyskanie środków publicznych na ten cel.

§ 8. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Połczyna-Zdroju.

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

§ 10. 1. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz Połczyna-Zdroju.

2. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb, pomoc zdrowotna będzie przyznawana częściowo lub nie będzie przyznawana.

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

4. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 11. 1. Rejestr złożonych wniosków i wydanych decyzji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Połczyn-Zdrój, prowadzony będzie w Urzędzie Miejskim w Połczynie-Zdroju. Wzór rejestru stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

2. Postanowienia niniejszego Regulaminu zostaną podane do wiadomości wszystkim uprawnionym.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**I. Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:**

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i nr telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Do wniosku załączam:

 orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, potwierdzające leczenie o którym mowa w § 3 ust 1 Regulaminu, oryginały dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (imiennie faktury, rachunki i inne), oświadczenie o wysokości dochodów netto przypadających na jednego członka rodziny, za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

Wskazanie nazwy banku i nr konta:

.....

.....

(miejsowość i data)

(podpis wnioskodawcy)

II. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Burmistrza Połczyna-Zdroju, Plac Wolności 3-4, 78-320 Połczyn-Zdrój w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.

2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych osobowych; żądania usunięcia danych osobowych; żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

~~4. Wiem, że moja zgoda może być przeze mnie odwołana w każdym czasie.~~

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

III. Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t.j.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w

.....
w wymiarze etatu*;

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/była

.....
(pieczętka i podpis dyrektora placówki oświatowej)

** warunek o którym mowa w § 5 ust. 1 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 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć.*

IV. DECYZJA Nr z dnia

Działając na podstawie Uchwały Nr z dnia 17 grudnia 2025 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu

świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości:zł,

słownie:

2. Odmówić przyznania Pani/Panu

świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

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

.....
pieczętka i podpis Burmistrza Połczyna-Zdroju

KLAUZULA INFORMACYJNA	
TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Burmistrz Połczyna-Zdroju.
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	z Administratorem można kontaktować się pisemnie na adres: Urząd Miejski w Połczynie-Zdroju, 78-320 Połczyn-Zdrój, Plac Wolności 3-4 lub telefonicznie tel. 94 36 66 100.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani/ Pan skontaktować poprzez email: iod@polczyn-zdroj.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWY PRAWNE	Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji uprawnień do uzyskania pomocy w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli realizowanej przez Administratora. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz uchwałą Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
KATEGORIE PRZETWARZANYCH DANYCH OSOBOWYCH	Imię i nazwisko, PESEL, data i miejsce urodzenia, adres zamieszkania, dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail), dochód netto, dane medyczne.
ODBIORCY DANYCH	Pani/ Pana dane osobowe mogą być udostępniane osobom uprawnionym, zgodnie z właściwymi przepisami służbom; organom administracji publicznej; sądom i prokuraturze; komornikom sądowym; państwowym i samorządowym jednostkom organizacyjnym oraz innym podmiotom – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań publicznych
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas realizacji sprawy, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - oznaczenie kategorii archiwalnej BE5.
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO	Przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

Załącznik nr 2 do Załącznika
do uchwały nr XXII/201/2026
Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju
z dnia 28 stycznia 2026 r.

Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

.....

(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

.....
.....

Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi zł*

* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszystkie 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 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....

(miejsowość i data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

~~Załącznik nr 3 do Załącznika~~

do uchwały nr XXII/201/2026

Rady Miejskiej w Połczynie-Zdroju

z dnia 28 stycznia 2026 r.

Rejestr złożonych wniosków i wydanych decyzji w sprawie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Połczyn-Zdrój

Rok	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia (czynny zawodowo/emeryt)	Cel pomocy zdrowotnej	Wnioskowana kwota pomocy zdrowotnej	Przyznana kwota pomocy zdrowotnej	Uwagi