



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 16 kwietnia 2025 r.

Poz. 3541

UCHWAŁA NR VII/25/2025
ZGROMADZENIA EDUKACYJNEGO ZWIĄZKU MIĘDZYGMINNEGO GOSTKOWO- NIEPART
W NIEPARCIE

z dnia 26 marca 2025 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli 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. 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.), art. 72 ust. 1 i 4 związku z art. 91b ust.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r., poz. 986 z późn. zm.) Zgromadzenie Edukacyjnego Związku Międzygminnego Gostkowo-Niepart uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunki i sposób ich przyznawania w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Szkole Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w Nieparcie oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Odpowiednie środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zabezpiecza się w każdym roku w uchwale budżetowej Edukacyjnego Związku Międzygminnego Gostkowo-Niepart.

§ 3. Traci moc Uchwała nr V/23/09 Zgromadzenia Związku Międzygminnego, „Edukacyjny Związek Międzygminny Gostkowo-Niepart” z siedzibą w Nieparcie z dnia 22 października 2009 r. w sprawie udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Zespole Szkół w Gostkowie.

§ 4. Wykonanie Uchwały powierza się Zarządowi Związku.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego.

Przewodnicząca Zgromadzenia
(-) Justyna Andrzejewska

Załącznik do uchwały Nr VII/25/2025
Zgromadzenia Związku Międzygminnego
„Edukacyjny Związek Międzygminny
Gostkowo-Niepart” w Nieparcie
z dnia 26 marca 2025 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Szkole Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w Nieparcie, oraz nauczycieli emerytów, rencistów pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 1. Niniejszy regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej,
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotną dla nauczycieli stanowią środki finansowe przyjęte w każdym roku w uchwale budżetowej Zgromadzenia Związku Międzygminnego „Edukacyjny Związek Międzygminny Gostkowo-Niepart” w Nieparcie.

2. Pomoc zdrowotna jest uznaniowa i może być udzielana w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej oraz w formie refundacji.

§ 3. Do korzystania z pomocy uprawnieni są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni co najmniej w wymiarze 1/2 etatu obowiązującego wymiaru godzin zajęć dydaktyczno – wychowawczych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Edukacyjny Związek Międzygminny Gostkowo-Niepart,
- 2) byli nauczyciele emeryci i renciści oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 4. 1. Pomoc zdrowotna przysługuje nie częściej niż raz w roku kalendarzowym.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc zdrowotna może być przyznana bez zachowania warunku określonego w ust. 1 w zależności od posiadanych środków w budżecie Edukacyjnego Związku Międzygminnego Gostkowo-Niepart.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
- 2) nagłym zdarzeniem losowym (np. nagła ciężka choroba, uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku);
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
- 4) długotrwałym leczeniem w domu;
- 5) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, długotrwałą rehabilitacją.

2. Pomoc zdrowotna w związku z leczeniem, o którym mowa w ust. 1 może być przyznana na pokrycie całości lub części kosztów:

- 1) zakupu leków i innych środków medycznych związanych z leczeniem,
- 2) odpłatnych badań medycznych lub zabiegów,
- 3) odpłatnych usług rehabilitacyjnych,
- 4) zakupu urządzeń i przyrządów medycznych,
- 5) korzystania z usług pielęgnacyjno – opiekuńczych,

- 6) wydatków poniesionych na przejazdy związane z udzielonym świadczeniem zdrowotnym.

§ 6. 1. Wysokość przyznanej 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) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów leczenia,
 - 4) możliwości finansowych Edukacyjnego Związku Międzygminnego Gostkowo-Niepart oraz określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.
2. W przypadku niewystarczającej ilości środków finansowych lub ich braku w budżecie Edukacyjnego Związku Międzygminnego Gostkowo-Niepart będą one przyznawane w części wnioskowanej kwoty lub nie będą przyznawane.

§ 7. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

2. Wnioski o przyznaniu pomocy zdrowotnej należy składać do Przewodniczącego Zarządu Związku za pośrednictwem dyrektora szkoły, tzn. zakładu pracy, w którym nauczyciel jest albo był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne. Zatrudnienie nauczyciela dyrektor potwierdza na wniosku.

3. W przypadku gdy ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, była zlikwidowana jednostka, wniosek składa się do zakładu pracy, w którym jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych na tego nauczyciela, będącego emerytem rencistą bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

4. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
 - 2) dokumenty imienne (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku – warunek możliwy ale niekonieczny do spełnienia,
 - 3) oświadczenie o średnich miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny (w gospodarstwie domowym) ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
 - 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
5. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatruje Zarząd Związku.
6. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki we wniosku lub dokumentacji, o których mowa w ust. 1 – 4 wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
7. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 6 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie powiadomiony.

§ 8. Wnioski należy składać do dyrektora szkoły będącej miejscem aktualnego lub byłego zatrudnienia nauczyciela w dwóch terminach:

- do 15 maja danego roku,
- do 15 października danego roku.

§ 9. Wypłata środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej następuje po zatwierdzeniu przez Przewodniczącego Zarządu Związku i zostaje przekazana na konto bankowe wskazane we wniosku przez wnioskodawcę.

*Załącznik
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
zatrudnionych w Szkole Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w
Nieparcie oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.*

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Nazwisko i imię: _____
2. Miejsce pracy (obecne/byłe): _____
3. Adres zamieszkania: _____
4. Telefon - Nr: _____
5. Ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną korzystałam/em (należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej):

6. Wnioskuje o przyznanie mi pomocy zdrowotnej:

a) uzasadnienie wniosku (opis choroby/leczenia):

...

b) w celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

...

7. Oświadczenie

Oświadczam, że średnia miesięczna wysokość dochodów przypadających na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi: _____
słownie: _____

8. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

(miejscowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy)

9. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

„Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej”.

(miejscowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy)

10. Informacja Dyrektora szkoły lub osoby upoważnionej o zatrudnieniu w placówce:

(data, pieczęć, podpis dyrektora placówki)