

**UCHWAŁA Nr XLIX/360/24**  
**RADY GMINY STARY ZAMOŚĆ**  
**z dnia 21 marca 2024 r.**

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

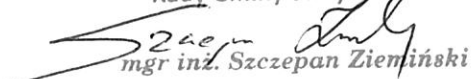
Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm. ), art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U z 2021 r. poz. 1762, z późn. zm.) - Rada Gminy Stary Zamość uchwała co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznania, w Regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Stary Zamość, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

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

**PRZEWODNICZĄCY**  
Rady Gminy Stary Zamość

  
mgr inż. Szczepan Ziemiński

Regulamin  
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkole  
dla której organem prowadzącym jest Gmina Stary Zamość

§ 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

1. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są osoby wskazane w art.91 b ust. 1 oraz art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.
2. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy.

§3

1. Pomoc zdrowotna z Funduszu Zdrowotnego udzielana jest nauczycielowi raz w roku w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
2. Pomoc zdrowotna z Funduszu Zdrowotnego może być przyznana na częściowe pokrycie wydatków związanych z:
  - 1) ciężką, przewlekłą chorobą wymagającą stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków;
  - 2) nagłym zdarzeniem losowym powodującym uszczerbek na zdrowiu;
  - 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
  - 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
  - 5) leczeniem sanatoryjnym, nie podlegającym refundacji;
  - 6) korzystaniem z usług pielęgnacyjno- opiekuńczych;
  - 7) z zakupem leków, sprzętu medycznego, umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej, zakup aparatu słuchowego, szkieł korekcyjnych- na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

§ 4

1. Wysokość przyznanego świadczenia 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 lub wydatków;

- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;
  - 4) liczby składanych wniosków;
  - 5) wysokości środków finansowych przeznaczonych w budżecie gminy na pomoc zdrowotną w danym roku oraz liczby złożonych wniosków.
2. Świadczenie zdrowotne będzie przyznawane w wysokości do 60% poniesionych wydatków.

## § 5

1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu, w terminie od 1 września do 15 października danego roku budżetowego.
2. Do wniosku należy dołączyć:
  - 1) zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające fakt istnienia ciężkiej, przewlekłej choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne, konieczność zakupu wyrobów medycznych, środków pomocniczych, szkieł korekcyjnych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki;
  - 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione wydatki wymienione we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku;
  - 3) oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, stanowiące załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli wraz załącznikami o których mowa w ust. 2 należy składać w sekretariacie Urzędu Gminy Stary Zamość, Stary Zamość 6, 22-417 Stary Zamość lub drogą pocztową na ww. adres w kopercie z dopiskiem „Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli”
4. Złożone wnioski będą rozpatrywane raz w roku do dnia 15 listopada.
5. Wnioski złożone po terminie określonym w § 5 ust. 1 niniejszego regulaminu nie będą rozpatrywane.
6. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, nauczyciel zostaje wezwany do ich uzupełnienia 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 poinformowany.
8. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

## § 6

1. W celu oceny wniosków, Wójt w drodze zarządzenia powołuje Komisję Zdrowotną w składzie:
  - 1) przedstawiciel organu prowadzącego- jako Przewodniczący Komisji;
  - 2) przedstawiciel organu prowadzącego- jako członek
  - 3) po jednym przedstawicielu z związków zawodowych, które funkcjonują w szkole, której organem prowadzącym jest Gmina Stary Zamość.
2. Komisja ocenia wnioski na zebraniu zwoływanym nie później niż 14 dni od daty upływu terminu składania wniosków.
3. Kworum stanowi co najmniej  $\frac{3}{4}$  składu Komisji, która podejmuje decyzję większością głosów. W przypadku równej liczby głosów ostateczną decyzję podejmuje Przewodniczący Komisji.
4. Z zebrania Komisji sporządza się protokół, w którym odpowiednio dokumentuje się i uzasadnia opinię oraz zawiera propozycję przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.
5. Jeżeli z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej występuje członek Komisji, nie może on brać udziału w podejmowaniu opinii dotyczącej wniosku.
6. Członkowie komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy zebrania i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji, stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu oraz do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych.

## § 7

1. Wniosek, który dotyczy nauczycieli zatrudnionych w szkole potwierdza dyrektor danej szkoły.
2. Wniosek, który dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne , potwierdza dyrektor szkoły, w której nauczyciel był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

## § 8

1. Decyzje o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania podejmuje Wójt.
2. O decyzji zawiadamia się wnioskodawcę w formie pisemnej.
3. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.
4. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
5. Decyzja Wójta jest ostateczna.

Data wpływu:

**Wójt Gminy**  
**Stary Zamość**  
**Stary Zamość 6**  
**22-417 Stary Zamość**

### WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

1. Dane Wnioskodawcy

- 1) Imię i nazwisko .....
- 2) Miejsce zamieszkania .....
- 3) Numer telefonu kontaktowego / dobrowolnie /.....

2. Miejsce zatrudnienia .....

/ szkoła w której wnioskodawca **jest** lub **był** zatrudniony /

3. Uzasadnienie wniosku:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli z powodu: ( należy podać przyczynę ubiegania się o świadczenie):

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

4. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznana pomoc zdrowotną:

.....

5. Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne

Lp	Data	Kwota	Cel	Uwagi

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty;

Zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego

- o zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę,
- o imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
- o oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenia wniosku

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy )

7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z RODO

1) Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz załączonych do niego dokumentach, przez Gminę Stary Zamość wyłącznie w celu jego realizacji.

2) Zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy )

8. Wypełnia Dyrektor Szkoły:

Potwierdzam, że dane zawarte w pkt. 1 ( dotyczy zatrudnienia )  
wniosku są zgodne / nie są zgodne \* ze stanem, faktycznym.

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( pieczęć i podpis dyrektor szkoły )

9. Opinia Komisji Zdrowotnej:

- 1) Kwota poniesionych wydatków wynikających przedłożonych dokumentów- .....zł
- 2) Kwota poniesionych wydatków po weryfikacji dokumentów- .....zł
- 3) Średni miesięczny dochód brutto na 1 członka rodziny- .....zł
- 4) Proponowana wysokość pomocy zdrowotnej po weryfikacji dokumentów .....zł
- 5) Opinia komisji zdrowotnej:

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

Podpisy członków komisji zdrowotnej:

- 1) Przewodniczący Komisji - .....
- 2) Członek komisji .....
- 3) Członek komisji .....
- 4) Członek komisji .....

9. Decyzja Wójta Gminy

Wójt Gminy Stary Zamość przyznaje / nie przyznaje\* pomoc zdrowotną w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ..... zł  
( słownie: ..... złotych)

Uzasadnienie ( w przypadku decyzji odmownej ):

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

.....  
( data )

.....  
( podpis Wójta Gminy )

\*- niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

.....  
( imię i nazwisko nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną )

.....  
( adres zamieszkania )

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

Oświadczam, że **średni miesięczny** dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z 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, pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód tytułu gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy )







## OŚWIADCZENIE

o zachowaniu poufności

.....  
( imię i nazwisko )

.....  
( reprezentowany organ )

Oświadczam, iż znane mi są przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady ( E 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( RODO ) oraz Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych w tym Procedura postępowania w przypadku naruszania ochrony danych osobowych stosowane przez Administratora.

Wobec powyższego zobowiązuje się do :

- zachowania poufności danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku z pracami Komisji Zdrowotnej oraz sposobów zabezpieczania tych danych, zarówno w czasie trwania pracy Komisji, jak i po jej zakończeniu,
- zabezpieczenia tych danych przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniem, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem,
- zgłoszenia sytuacji( incydentu) naruszenia zasad ochrony danych osobowych Inspektorowi Ochrony Danych.

Przyjmuję do wiadomości, iż zachowanie poufności zobowiązuje także po ustaniu okresu pełnienia funkcji członka Komisji, a postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie przepisów karnych, RODO oraz ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
( podpis członka komisji )