

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY CMOLAS**

z dnia sierpnia 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 (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 i ust. 4, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986, z późn. zm.),

Rada Gminy Cmolos uchwala, co następuje:

§ 1.

Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, nauczycielom zatrudnionym w placówkach oświatowych na terenie Gminy Cmolos.

§ 2.

1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem pieniężnym udzielonym w formie zapomogi zdrowotnej.

2. Świadczenia mogą być przyznawane nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
- 2) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek);
- 3) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
- 5) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

3. Wysokość przyznanej pomocy 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, zakupu leków lub sprzętu;
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;

4) wysokości środków finansowych przeznaczonych w budżecie Gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby złożonych wniosków.

§ 3.

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć:

1) aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą;

2) imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty w danym roku kalendarzowym;

3) oświadczenie o dochodach, którego wzór stanowi załącznik Nr 2 do niniejszej uchwały.

3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do Wójta Gminy Cmolas za pośrednictwem dyrektora szkoły wraz z wymaganymi dokumentami w terminie do dnia 31 października danego roku.

4. Wnioski będą rozpatrywane do dnia 30 listopada danego roku.

5. Wpłata przyznanej pomocy zdrowotnej dla nauczyciela dokonywana jest na konto bankowe wskazane we wniosku przez wnioskodawcę.

6. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, nauczyciel 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 nauczyciel zostanie poinformowany.

8. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków funduszu zdrowotnego nauczycieli jeden raz w roku budżetowym.

9. Refundacji podlegają wyłącznie koszty poniesione i udokumentowane w danym roku budżetowym.

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

§ 4.

Środkami finansowymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Wójt Gminy Cmolas.

§ 5.

Decyzje o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania podejmuje Wójt Gminy Cmolas.

§ 6.

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Cmolas.

§ 7.

Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podkarpackiego.

przewidzono pod względem
formalno-prawnym
Leszek Stowiak
radca prawny

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr

Rady Gminy Cmolas

z dnia sierpnia 2025 r.

Wójt Gminy Cmolas

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

1. Nauczyciel _____

(wnioskodawca/imię i nazwisko)

2. Adres zamieszkania _____

Nr telefonu kontaktowego (dobrowolnie)

3. Miejsce pracy _____

(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Staż pracy lat/a.

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

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

Uzasadnienie wniosku:

Wydatki poniesione na cele zdrowotne:

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku. W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

(miejscowość i data)

(podpis)

Potwierdzenie zatrudnienia:

(pieczęć szkoły)

(data i podpis dyrektora szkoły)

Decyzja Wójta Gminy Cmolas :

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości _____ zł

(słownie złotych _____)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej (uzasadnienie):

(data i podpis Wójta)

Projekt

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr
Rady Gminy Cmolas
z dnia sierpnia 2025 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 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 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 trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

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

(miejscowość i data)

(czytelny podpis)