



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia 14 marca 2024 r.

Poz. 3248

### UCHWAŁA NR LXII/372/2024 RADY GMINY PUSZCZA MARIAŃSKA

z dnia 7 marca 2024 r.

#### **w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobie 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 2023r., poz. 40, poz. 572, poz. 1463 i poz. 1688) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U z 2021r. poz. 1762, poz. 1586, poz. 1672, poz. 2005) Rada Gminy Puszcza Mariańska 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 dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których Gmina Puszcza Mariańska jest organem prowadzącym, zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Traci moc uchwała Nr XXXVIII/186/2009 Rady Gminy Puszcza Mariańska z dnia 22 listopada 2009 roku w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Puszcza Mariańska oraz przyjęcie regulaminu gospodarowania tymi środkami.

**§ 3.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Puszcza Mariańska.

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

Przewodniczący Rady Gminy

**Wanda Badelek**

Załącznik do uchwały Nr LXII/372/2024  
Rady Gminy Puszcza Mariańska  
z dnia 7 marca 2024 r.

**Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnianych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez Gminę Puszcza Mariańska**

§ 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. 1. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Puszcza Mariańska. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny nauczycieli wynosi 0,1% planowanych rocznych środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest 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, specjalistycznym badaniami, konsultacjami;
- 5) usługami okulistycznymi;
- 6) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

2. 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 funduszu zdrowotnego, określonego liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb zapomogi pieniężne będą przyznawane częściowo lub nie będą przyznawane.

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

2. 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 lub dokumenty imienne (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku oraz oświadczenia o dochodach przypadających na jednego członka rodziny;

3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać w terminie do 31 października danego roku.

4. Wnioski o przyznaniu pomocy zdrowotnej należy składać do Wójta Gminy Puszcza Mariańska za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, który potwierdza zatrudnienie.

5. Wnioski o przyznanej pomocy zdrowotnej rozpatruje Komisja powołana przez Wójta Gminy Puszcza Mariańska.

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

7. 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.

8. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 7 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia o czym nauczyciel zostanie poinformowany.

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

Załącznik nr 1 do Regulaminu  
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**WNIOSEK P PRYZNAIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO  
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Wnioskodawca

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon kontaktowy, adres mailowy

.....  
Bank - nr konta

Poświadczenie Dyrektora szkoły o zatrudnieniu

.....  
Uzasadnienie wniosku:

.....  
Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

.....  
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy)

W załączeniu przedkładam:

1/ zaświadczenie lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty;

2/kserokopie rachunków, faktur lub innych dokumentów potwierdzających koszty leczenia

Oświadczenie o sytuacji materialnej

Ja niżej podpisany/a/ , niniejszym oświadczam, że za ostatni miesiąc łączne dochody (bez zasiłku pielęgnacyjnego, rodzinnego, 500+) wszystkich członków rodziny będących na wspólnym utrzymaniu wynoszą ..... zł, co w przeliczeniu na ..... osób będących na wspólnym utrzymaniu stanowi ..... zł. (słownie: ..... na osobę miesięcznie.

## OŚWIADCZENIE:

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzaniem i przekazywaniem moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli zgodnie z RODO i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....

miejsowość i data

.....

podpis wnioskodawcy