



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

---

Kraków, dnia 13 maja 2024 r.

Poz. 3534

### UCHWAŁA NR LII/409/2024 RADY POWIATU WIELICKIEGO

z dnia 24 kwietnia 2024 roku

#### **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. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 107) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. z 2023 r., poz. 984 z późn. zm.) Rada Powiatu Wielickiego uchwala, 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 placówkach oświatowych dla których Powiat Wielicki jest organem prowadzącym, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Wielickiego.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr XXXIII/233/09 Rady Powiatu Wielickiego z dnia 19 listopada 2009 r. w sprawie utworzenia funduszu na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wielicki.

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

Przewodniczący Rady Powiatu Wielickiego

**Tomasz Tomala**

Załącznik do uchwały Nr LII/409/2024  
Rady Powiatu Wielickiego  
z dnia 24 kwietnia 2024 r.

## **REGULAMIN**

### **Przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach, placówkach prowadzonych przez Powiat Wielicki**

#### **Rozdział 1. Postanowienia ogólne**

##### **§ 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.**

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Powiatu Wielickiego.

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

##### **§ 3.**

Pomoc zdrowotna przyznawana jest w danym roku budżetowym jako jednorazowe bezzwrotne świadczenie pieniężne udzielone w formie zapomogi zdrowotnej, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela kosztów związanych z:

- 1) chorobą zawodową, przewlekłą chorobą, szczególnie wynikającą z wykonywanej pracy,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, rehabilitacją lub wypadkiem, zdarzeniem losowym,
- 4) zakupem sprzętu medycznego.

##### **§ 4.**

**1** Zapomoga może być przyznana na pokrycie kosztów:

- 1) zakupu leków związanych z chorobą będącą podstawą wystawienia zaświadczenia, o którym mowa w § 6 i zleconych przez lekarza,
- 2) odpłatnych badań diagnostycznych, usług rehabilitacyjnych, konsultacji i hospitalizacji związanych z przewlekłą chorobą, chorobą zawodową,
- 3) zakupu sprzętu, umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzenia zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji,
- 4) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. turnusy rehabilitacyjne,

- 5) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza,
- 6) dodatkowej opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno – opiekuńczych,
- 7) zakupu szkieł korekcyjnych,
- 8) usług protetyki dentystrycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, paramedykamentów),
- 2) refundacja kosztów leczenia stomatologicznego i usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata),
- 3) refundacja kosztów zakupu okularów (nie częściej niż raz na dwa lata),
- 4) refundacja kosztów zakupu aparatu słuchowego (nie częściej niż raz na dwa lata),
- 5) refundacja kosztów szczepień ochronnych,
- 6) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego lub rehabilitacji,
- 7) refundacja kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia – w przypadku leczenia onkologicznego,
- 8) refundacja kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

3. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (zapewnienia dodatkowej opieki choremu, zakup sprzętu specjalistycznego, leków),
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela uzasadnionych i udokumentowanych kosztów leczenia.

### **Rozdział 3.**

#### **Warunki i sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

##### **§ 5.**

Warunkiem przyznania zapomogi jest złożenie w terminie do dnia 31 października danego roku wniosku, na obowiązującym druku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

##### **§ 6.**

Do wniosku o którym mowa w załączniku Nr 1, zainteresowany dobrowolnie przedkłada:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz specjalista) potwierdzające chorobę i leczenie,
- 2) kserokopię lub oryginały faktur, rachunków potwierdzających poniesione koszty leczenia.

##### **§ 7.**

1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej i wraz załącznikami o których mowa w § 5 i § 6 należy składać w sekretariacie szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony w kopercie z dopiskiem „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczycieli” wraz z wymaganymi dokumentami.

2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.

3. Nauczyciele emeryci, renciści, otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek w sekretariacie szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

4. W przypadku likwidacji szkoły, będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela wniosek składa się za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela( emeryta, rencisty bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

5. Na wniosku dyrektor szkoły potwierdza zatrudnionego nauczyciela, a w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne fakt odejścia nauczyciela na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z danej szkoły.

6. Potwierdzony wniosek wraz załącznikami, których mowa w § 6, dyrektor szkoły składa do Starostwa Powiatowego w Wieliczce w terminie do dnia 30 listopada danego roku poprzez Kancelarię Starostwa.

7. Złożony wniosek o przyznanie świadczenia wraz z załącznikami kieruje się do Wydziału Edukacji, Sportu, Promocji i Zdrowia.

8. Wnioski niekompletne, które nie zostaną uzupełnione w wyznaczonym terminie pozostaną bez rozpatrzenia.

#### **§ 8.**

1. Decyzje o przyznaniu oraz wysokości świadczenia lub decyzję odmowną podejmuje Starosta.
2. O przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub odmowie powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

#### **§ 9.**

Wyplata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.

#### **§ 10.**

Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

### **Rozdział 4. Postanowienia końcowe**

#### **§ 11.**

1. Dysponentem środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest Powiat Wielicki.
2. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
3. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia

## Załącznik Nr 1 do Regulaminu

**Starosta Wielicki****Rynek Górny 2****32-020 Wieliczka**

/ Za pośrednictwem Dyrektora szkoły/

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI**

1. Nazwisko i imię nauczyciela.....

2. Adres  
zamieszkania.....  
.....

3. Telefon.....

4. Miejsce pracy (obecnej), dla emerytów, rencistów, pobierających nauczycielskie świadczenie  
kompensacyjne (byłe miejsce pracy)  
.....5. Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie  
świadczenie kompensacyjne).....**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia z funduszu zdrowotnego ze względu na:**  
(uzasadnienie do wniosku):.....  
.....  
.....  
.....

Przyznane świadczenie proszę przekazać na konto:

Do wniosku załączam:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....  
(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)**Wypełnia dyrektor szkoły:**

Potwierdza się, że Pan/Pani ..... jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w ..... w łącznym wymiarze ..... etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....

3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły .....  
pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na ZFŚS  
jest naliczany w .....

.....  
(pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

**Decyzja Starosty Wielickiego:**

Po zapoznaniu się z wnioskiem i opinią Komisji Przyznaję \*Pani/Panu

.....  
świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: .....

(słownie złotych) .....

Nie przyznaję \*Pani/Panu .....  
świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):  
..... \*zaznaczyć  
właściwe

Wieliczka, dnia .....

.....  
(podpis Starosty Wielickiego)

## Załącznik Nr 2 do Regulaminu

## REJESTR

## Wniosków o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

w roku .....

lp	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia*	Data przyznanej pomocy zdrowotnej	Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej	Przeznaczenie pomocy zdrowotnej	uwagi
1	2	3	4	5	6	7

\*Dla nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy wpisać nazwę właściwego świadczenia