



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 17 marca 2025 r.

Poz. 1367

UCHWAŁA NR XV/103/2025 RADY GMINY LUBAŃ

z dnia 4 marca 2025 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubań

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 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986 ze zm.), Rada Gminy Lubań uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Lubań oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zwanych dalej nauczycielami, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Lubań.

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

Przewodnicząca Rady Gminy Lubań:
Małgorzata Jańczak

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XV/103/2025
Rady Gminy Lubań
z dnia 4 marca 2025 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów, oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubań

§ 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 przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Lubań. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny nauczycieli wynosi 0,3% planowanych rocznych środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

§ 3. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 4. Wszyscy uprawnieni zwani nauczycielami, mogą ubiegać się o pomoc zdrowotną z funduszu zdrowotnego maksymalnie raz w roku.

§ 5. 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, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
- 5) usługami okulistycznymi lub zakupem szkielek korekcyjnych;
- 6) usługami z zakresu protetyki stomatologicznej bez implantów;
- 7) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby i okresu jej trwania;
- 2) wysokości udokumentowanych wydatków poniesionych przez nauczyciela na koszty leczenia;

3. Świadczenie zdrowotne będzie przyznawane w wysokości do 50% poniesionych wydatków po szczegółowej weryfikacji przedstawionych dokumentów, ale kwota ta nie może przekroczyć najniższego wynagrodzenia z roku poprzedniego.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej w bieżącym roku jest złożenie przez nauczyciela za pośrednictwem dyrektora szkoły, przedszkola wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 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) imienne dokumenty (rachunki, faktury) związane z leczeniem lub zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub poniesieniem kosztów w związku z długotrwałym leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym, potwierdzające koszty leczenia za okres 12 miesięcy przed złożeniem wniosku;

3) oświadczenie o dochodzie netto na jednego członka rodziny – przeciętny dochód na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w kwartale bezpośrednio poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku (załącznik nr 2).

3. Dyrektor przekazuje kompletne złożone wnioski przez nauczycieli w zamkniętych kopertach do Wójta Gminy Lubań. Złożone wnioski będą rozpatrywane niezwłocznie po otrzymaniu dokumentacji przez Wójta Gminy Lubań, który podejmuje decyzję o przyznaniu bądź nieprzyznaniu świadczenia pieniężnego oraz o jego wysokości. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

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

2. O podjętej decyzji zawiadamia się nauczyciela w formie pisemnej. Od decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, brak jest trybu odwoławczego.

3. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany we wniosku.

Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów, oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubiąż

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

1.
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
2.
(adres zamieszkania)
3.
(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)
4.
(nauczyciel, nauczyciel przebywający na emeryturze, rencie lub świadczeniu kompensacyjnym – wpisać jedną z możliwości)
5.
(nazwa banku i nr konta bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną)
6. Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zapomogi zdrowotnej
 - a) uzasadnienie wniosku:
.....
.....
.....
.....
(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakup leków, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej).
 - b) w załączeniu do wniosku przedkładam:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę, wystawione nie wcześniej niż 3 m-ce od daty złożenia wniosku,
 - 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
 - 3) oświadczenie o wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny, w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
 - 4) inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacja dyrektora szkoły, przedszkola lub osoby upoważnionej o zatrudnieniu

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

Dnia.....

.....
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły, przedszkola lub
osoby upoważnionej)

Decyzja Wójta Gminy Lubań:

Przyznaję/nie przyznaję pomoc zdrowotną, w wysokości

.....zł

(słownie:.....zł)

Lubań, dn.

.....
(pieczęć i podpis Wójta Gminy)

Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla
nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów, oraz
pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w szkołach
i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubań

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach netto przypadających na członka rodziny w okresie 3 –
miesięcy poprzedzających złożenie wniosku**

**Średni dochód miesięczny netto przypadający na członka rodziny pozostającego we wspólnym
gospodarstwie domowym wynosi :zł**

.....
(data i podpis składającego informację)