**UCHWAŁA NR VIII/…/2024**

**RADY GMINY KOMORNIKI**

z dnia 26 września 2024 r.

**w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym   
(tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 609 ze zm.) i art. 72 ust. 1 i 4 w zw. z art. 91b ust. 1 oraz 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 986), Rada Gminy Komorniki uchwala co następuje:

**§ 1.** 1. W budżecie Gminy Komorniki zapewnia się corocznie środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

2. Środki finansowe wymienione w ust. 1 tworzą Fundusz Zdrowotny dla nauczycieli, którym dysponuje Wójt Gminy Komorniki.

3. Środki finansowe, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, niewykorzystane w danym roku budżetowym, nie przechodzą na rok następny.

4. Środki finansowe, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, niewykorzystane w danym roku budżetowym, mogą być przeznaczone na inne cele oświatowe.

**§ 2.** 1. Osobami uprawnionymi do korzystania z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli są:

1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach/przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Komorniki, w co najmniej połowie tygodniowego obowiązkowego wymiaru zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych;

2) nauczyciele szkół/przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Komorniki, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub otrzymują nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

2. Warunek dotyczący zatrudnienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 uważa się za spełniony również wtedy, gdy nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Komorniki, łącznie jednak w wymiarze co najmniej połowy obowiązującego wymiaru zajęć.

**§ 3.** Ze środków finansowych Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 2, w związku z wydatkami poniesionymi z tytułu:

1) choroby zawodowej lub wypadku;

2) ciężkiej lub przewlekłej choroby;

3) leczenia specjalistycznego;

4) długotrwałego leczenia szpitalnego lub poszpitalnego;

5) korzystania z zaleconej przez lekarza rehabilitacji leczniczej;

6) zwiększonych kosztów zakupu lekarstw lub sprzętu do rehabilitacji, ponoszonych w związku z okolicznościami o których mowa w pkt 1-5.

**§ 4.** Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

1) wysokości środków przeznaczonych w budżecie na pomoc zdrowotną w danym roku budżetowym;

2) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela;

3) wysokości udokumentowanych i poniesionych przez nauczyciela wydatków, na cele wymienione w § 3;

4) sytuacji materialnej nauczyciela;

5) okresu leczenia.

**§ 5.** 1. Pomoc zdrowotna z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego i może być przyznana nauczycielowi jeden raz w roku budżetowym.

2. Warunkiem przyznania świadczenia z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli jest złożenie przez nauczyciela wniosku wraz z załącznikami, do Wójta Gminy Komorniki.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, nauczyciel składa za pośrednictwem dyrektora jednostki, w której jest zatrudniony, a w przypadku nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, do dyrektora jednostki będącej ich ostatnim miejscem zatrudnienia.

4. W przypadku, gdy nauczyciel zatrudniony jest w kilku szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Komorniki, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa za pośrednictwem tylko jednego, wybranego przez siebie, dyrektora szkoły/przedszkola.

5. W przypadku likwidacji lub przekazania jednostki nauczyciele emeryci, renciści oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, składają wniosek do dyrektora szkoły/przedszkola, w którym nauczyciel korzysta z usług i świadczeń finansowych z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

6. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

**§ 6.** 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 2, określa załącznik do uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

1) zaświadczenie lekarskie (wydane nie wcześniej niż 6 miesiące przed złożeniem wniosku) wystawione przez lekarza rodzinnego lub właściwego lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie lub konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego;

2) imienne faktury lub inne dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego lub korzystaniem z usług rehabilitacyjnych;

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;

4) klauzulę informacyjną dla nauczycieli ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej;

5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. Wniosek o przyznanie świadczenia, wraz z załącznikami, należy złożyć w siedzibie szkoły/przedszkola w terminie do 31 października.

4. Wniosek złożony w szkole/przedszkolu podlega rejestracji w jednostce a następnie dyrektor zobowiązany jest do wypełnienia części B wniosku i dostarczenia go do sekretariatu Wójta Gminy Komorniki w terminie do 15 listopada tego roku.

**§ 7.** 1. Rozpatrzenie wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 2 należy do Wójta Gminy Komorniki – część C wniosku.

2. Wnioski o przyznanie świadczenia będą rozpatrywane raz w roku – w terminie do 12 grudnia.

3. Wniosek, który nie spełnia wymogów formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 2 lub został złożony po 31 października, pozostaje bez rozpatrzenia.

5. O przyznaniu bądź odmowie przyznania świadczenia z pomocy zdrowotnej rozstrzyga Wójt Gminy Komorniki, a o decyzji informuje wnioskodawcę na piśmie.

6. Wypłaty świadczenia dokonuje się na określone we wniosku konto bankowe.

**§ 8.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Komorniki.

**§ 9.** Traci moc Uchwała nr XXXVIII/245/2009 Rady Gminy Komorniki z dnia 30 września 2009 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Komorniki oraz warunków i sposobie ich przyznania.

**§ 10.** Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r. i podlega publikacji w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego.

Załącznik do uchwały Nr VIII/…/2024 Rady Gminy w Komornikach

z dnia 26 września 2024 r.

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Dane wnioskodawcy: ...............................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

(adres zamieszkania)

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

(miejsce pracy nauczyciela w dniu złożenia wniosku,

a w przypadku nauczyciela - emeryta, rencisty

lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

- miejsce, w którym nauczyciel był ostatnio zatrudniony)

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

(nr telefonu)

**Wójt Gminy Komorniki**

Część A (wypełnia wnioskodawca)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(uzasadnienie wniosku)

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia na wskazany nr konta bankowego: .......................................................................................................................................................

(nazwa banku i nr konta bankowego)

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

**Załączniki:**

Do wniosku załączam:

1) zaświadczenie lekarskie z dnia ............................................. r. (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku);

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty, określone w uchwale:

a) ...............................................................................................................................................; b) ...............................................................................................................................................; c) …...........................................................................................................................................;

3) inne ......................................................................................................................................... .

**Oświadczenia:**

1) Oświadczam, że suma wszystkich dochodów (brutto) w rodzinie z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej wynosi ..........................................zł (słownie: .............................................................................zł).

W skład mojej rodziny wchodzą/i ..................................... osoba/y osób\*, zatem przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie wynosi: ........................................................zł (słownie: .............................................................................................zł);

2) Oświadczam, iż z tej formy pomocy ostatnio korzystałam/em\* w roku............................................. .........................................................

……………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Klauzula informacyjna:**

W związku z wejściem w życie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r. zwanego RODO informujemy, iż Państwa dane są przechowywane zgodnie z ww. przepisami.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gmina Komorniki, ul. Stawna 1, 62-052 Komorniki, zwana dalej Administratorem.
2. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
3. Inspektorem ochrony danych osobowych jest:

Krzysztof Kozik – radca prawny

inspektor@rodo-krp.pl

tel. kom. 792 304 042

1. Z pełną treścią obowiązku informacyjnego można się zapoznać na stronie Biuletynu Informacji Publicznej http://bip.komorniki.pl w zakładce Ochrona danych osobowych.

**Część B** (wypełnia Dyrektor szkoły/przedszkola)

**Informacja dyrektora szkoły/przedszkola:**

Potwierdzam, iż wnioskodawca ........................................jest/był\* nauczycielem zatrudnionym

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

w .........................................................................................................................................

(nazwa jednostki) ..............................................................

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

(podpis dyrektora)

**Część C** (wypełnia Urząd Gminy Komorniki)

**DECYZJA WÓJTA**

**Gminy Komorniki**

W związku z wnioskiem z dnia ....................... r. przyznaję/nie przyznaję\* Pani/Panu\*..................................................................................................... pomoc zdrowotną w kwocie ................................................. zł (słownie: ...........................................................................................................................).

Komorniki, dnia ...................r. .......................................................

(podpis Wójta)

\*) niepotrzebne skreślić.

**UZASADNIENIE**

**DO UCHWAŁY NR VIII/…/2024**

**RADY GMINY KOMORNIKI**

z dnia 26 września 2024 r.

Art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, zobowiązuje organy prowadzące szkoły do zapewnienia w budżecie odpowiednich środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, w tym także dla nauczycieli emerytów i rencistów a także nauczycieli otrzymujących świadczenie kompensacyjne. Ww. akt normatywny upoważnia organy prowadzące do określenia świadczeń, które będą przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej, a także warunków i sposobu ich przyznawania.

Wykonanie przedmiotowych kompetencji należy do organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego, tj. Rady Gminy Komorniki. Organ prowadzący szkoły musi ustalić jeden wspólny fundusz zdrowotny dla wszystkich prowadzonych z siebie szkół, na co wskazują treści zawarte w wyrokach sądów, *tak: wyrok WSA w Kielcach z 18 lipca 2008 r. II SA/Ke 270/08, Legalis.*

Treść uchwały została uzgodniona ze związkami zawodowymi zrzeszającymi nauczycieli.