

**UCHWAŁA NR 58.XXVIII.2025
RADY MIEJSKIEJ W DEBRZNIE**

z dnia 28 listopada 2025 r.

zmieniająca Uchwałę nr 44.XLV.2021 Rady Miejskiej w Debrznie z dnia 25 czerwca 2021r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie przepisów art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Tekst jednolity Dz. U. z 2025 r., poz. 1153), art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Tekst jednolity Dz. U z 2024 r., poz. 986 z późn. zm.) **Rada Miejska w Debrznie uchwala**, co następuje:

§ 1. Rada Miejska w Debrznie dokonuje niniejszym **zmiany** Uchwały nr 44.XLV.2021 Rady Miejskiej w Debrznie z dnia 25 czerwca 2021 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dziennik Urzędowy Województwa Pomorskiego z dnia 22.07.2021 r., poz. 2900), **w taki sposób, że:**

1. „**Załącznik nr 1** do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”, przyjęty pierwotnie w/w Uchwałą z 25.06.2021 r. otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 1 do niniejszej Uchwały.

2. „**Załącznik nr 2** do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”, przyjęty pierwotnie w/w Uchwałą z 25.06.2021 r. otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 2 do niniejszej Uchwały.

§ 2. Wykonanie niniejszej Uchwały Rada Miejska w Debrznie powierza Burmistrzowi Debrzna.

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

Wiceprzewodnicząca Rady Miejskiej w Debrznie


Dorota Rybicka

Załącznik nr 1 do uchwały nr 58.XXVIII.2025
Rady Miejskiej w Debrznie
z dnia 28 listopada 2025 r.

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. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:
.....
.....
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)
7. Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zapomogi zdrowotnej
- a) uzasadnienie wniosku:
.....
.....
.....
- b) w załączeniu do wniosku przedkładam:
- 1) aktualne zaświadczenie wystawionego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem, w którym jest składany wniosek,
 - 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku,
 - 3) oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku

OŚWIADCZENIE:

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. 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.

.....
(miejsowość, data) (podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

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

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

DECYZJA BURMISTRZA:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokości zł.

(słownie złotych:)

Debrzno, dnia

(podpis burmistrza)


Wiceprzewodnicząca
Rady Miejskiej w Debrznie
Dorota Rybicka

Załącznik nr 2 do uchwały nr 58.XXVIII.2025
Rady Miejskiej w Debrznie
z dnia 28 listopada 2025 r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
.....
(adres, nr telefonu)

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

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi zł*

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

* 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 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną)

Wiceprzewodnicząca
Rady Miejskiej w Debrznie
Dorota Rybicka