

## **Zarządzenie nr 4/2025**

**Dyrektora Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi nr 39 w Rybniku  
z dnia 12 maja 2025 r.**

**w sprawie: w sprawie wprowadzenia „Regulaminu przyznawania zapomóg zdrowotnych w Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi nr 39 w Rybniku”**

Na podstawie:

- Uchwały nr 296/XXVI/2008 Rady Miasta Rybnika z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, będących pracownikami, emerytami i rencistami szkół, dla których organem prowadzącym jest Miasto Rybnik,
- Uchwały nr 165/X/2024 Rady Miasta Rybnika z dnia 19 grudnia 2024 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 296/XXVI/2008 Rady Miasta Rybnika z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, będących pracownikami, emerytami i rencistami szkół, dla których organem prowadzącym jest Miasto Rybnik,

zarządzam, co następuje:

§1

Wprowadzam „Regulamin przyznawania zapomóg zdrowotnych w Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi nr 39 w Rybniku”

§2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**DYREKTOR**  
Przedszkola  
z Oddziałami Integracyjnymi nr 39  
w Rybniku  
  
**mgr Anna Kubera**



## **Regulamin przyznawania zapomóg zdrowotnych w Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi nr 39 w Rybniku**

Podstawa prawna:

- Uchwały nr 296/XXVI/2008 Rady Miasta Rybnika z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, będących pracownikami, emerytami i rencistami szkół, dla których organem prowadzącym jest Miasto Rybnik
- Uchwały nr 165/X/2024 Rady Miasta Rybnika z dnia 19 grudnia 2024 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 296/XXVI/2008 Rady Miasta Rybnika z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, będących pracownikami, emerytami i rencistami szkół, dla których organem prowadzącym jest Miasto Rybnik

### **§1**

#### **Zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej**

1. Uprawnionymi do pomocy zdrowotnej są nauczyciele czynni zawodowo oraz nauczyciele emeryci i renciści.
2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
3. Pomoc zdrowotna może być przyznana w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą uprawnionego,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym uprawnionego trwającym co najmniej 14 dni, połączonym z koniecznością dalszego przebywania na zwolnieniu lekarskim,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym uprawnionego, trwającym co najmniej 30 dni,
- 4) koniecznością zakupu sprzętu niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie w zawodzie (w szczególności zakup szkieł/okularów korekcyjnych).

4. Warunkiem udzielenia pomocy zdrowotnej jest złożenie pisemnego wniosku przez uprawnionego, dyrektora szkoły, której uprawniony jest pracownikiem, emerytem lub rencistą, członka rady pedagogicznej szkoły, której uprawniony jest pracownikiem, emerytem lub rencistą, związek zawodowy reprezentujący nauczyciela.

5. Uprawnieni do świadczeń zdrowotnych pobierają druk wniosku w sekretariacie P39 w Rybniku.

6. Dokumentacja, którą należy złożyć:

- 1) wniosek zawierający oświadczenie uprawnionego o dochodach netto przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych,
- 2) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie,
- 3) dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem, tj. faktura lub imienny rachunek.

7. W przypadku niekompletnych danych zawartych we wniosku, wniosek ten jest odrzucony z powodów formalnych. Po uzupełnieniu danych lub złożeniu nowego kompletnego wniosku, prośbę o przyznanie świadczenia rozpatrza się ponownie podczas następnego posiedzenia komisji.

8. Wysokość udzielanej pomocy zdrowotnej uzależnia się od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, biorąc pod uwagę sytuację materialną uprawnionego,
- 2) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez uprawnionego.

9. Wysokość świadczenia przyznaje się według poniższej tabeli:

Dochód netto na członka rodziny	Świadczenie	Świadczenie, o którym mowa w §3 ust. 3 pkt. 4
Poniżej 4000 zł	100% kosztów, nie więcej niż 600 zł	100% kosztów, nie więcej niż 500 zł
4000 zł – 5000 zł	90% kosztów, nie więcej niż 600zł	90% kosztów, nie więcej niż 500zł
Powyżej 5000 zł	80% kosztów, nie więcej niż 600 zł	80% kosztów, nie więcej niż 500 zł

10. Wypełniony wniosek wraz z załącznikami uprawniony składa osobiście lub przez osobę upoważnioną przez uprawnionego w sekretariacie przedszkola do 1 dnia miesiąca kończącego dany kwartał, tj. do 1 marca, 1 czerwca, 1 września i 1 grudnia każdego roku.

## §2

1. Złożone wnioski opiniowane są przez komisję zdrowotną, powołana przez dyrektora przedszkola.
2. W skład Komisji wchodzi:
  - 1) Wicedyrektor przedszkola,
  - 2) Dwóch przedstawicieli Rady Pedagogicznej,
  - 3) Przedstawiciel nauczycieli emerytów i rencistów.
3. Do zadań Komisji Zdrowotnej należy:
  - 1) Przyjmowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną,
  - 2) Opiniowanie w/w wniosków.
4. Komisja Zdrowotna spotyka się na posiedzeniu raz na kwartał, tj. do 10 dnia miesiąca kończącego dany kwartał i opiniuje złożone wnioski.
5. Zaopiniowane wnioski Komisja przedstawia dyrektorowi P39 w Rybniku, który podejmuje decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej do 20 dnia miesiąca kończącego dany kwartał.
6. Uprawniony do pomocy jest zawiadamiany pisemnie o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy finansowej.
7. W przypadku odmowy przyznania pomocy finansowej uprawnionemu przysługuje odwołanie do Prezydenta Miasta Rybnika. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora szkoły w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej. Rozstrzygnięcie Prezydenta Miasta Rybnika jest ostateczne.

## §3

1. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz na rok kalendarzowy. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc materialna może być przyznana powtórnie w tym samym roku kalendarzowym.
2. Dofinansowanie zakupu sprzętu, o którym mowa w §3 ust. 3 pkt. 4 może mieć miejsce nie częściej niż raz na 2 lata.

#### §4

W przypadku likwidacji placówki, wniosek rozpatruje dyrektor placówki, w której jest naliczany w stosunku do uprawnionego odpis na ZFŚS.

#### §5

Pomoc zdrowotna będzie przyznawana w zależności od posiadanych środków.

#### §6

Komisja gromadzi wnioski wraz z załącznikami i opiniami.

DYREKTOR  
Przedszkola  
z Oddziałami Integracyjnymi nr 39  
w Rybniku  
  
mgr Anna Kubera

# WNIOSEK o przyznanie zapomogi zdrowotnej

1. Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

2. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

3. Numer telefonu \_\_\_\_\_

4. Nazwa placówki: **Przedszkole z Oddziałami Integracyjnymi nr 39 w Rybniku**

5. Stanowisko \_\_\_\_\_

6. Warunki materialne:

a) miesięczne wynagrodzenie netto nauczyciela wraz z dodatkami \_\_\_\_\_

b) miesięczne wynagrodzenie netto współmałżonka wraz z dodatkami \_\_\_\_\_

c) inne dochody /renta, emerytura, alimenty, itp./ \_\_\_\_\_

d) ilość osób w rodzinie \_\_\_\_\_

e) średnia przypadająca na osobę \_\_\_\_\_

7. Uzasadnienie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rozpatrywania wniosków o przyznanie zapomogi zdrowotnej.

\_\_\_\_\_  
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpłynięcia wniosku w dniu \_\_\_\_\_

**Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

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

**Podpisy członków komisji Zdrowotnej:**

1. ....
2. ....
3. ....

**Dyrektor przedszkola:**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: .....

Podpis dyrektora przedszkola:

.....