

**UCHWAŁA NR XXII/186/2025
RADY GMINY KLESZCZÓW**

z dnia 25 listopada 2025 r.

o zmianie uchwały w sprawie ustalenia regulaminu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla korzystających z opieki zdrowotnej nauczycieli przedszkoli i szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kleszczów

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986, 1871, z 2025 r. poz. 620, 1160, 1188, 1189) uchwała się, co następuje:

§ 1. W Regulaminie przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej oraz określenia warunków ich przyznawania dla korzystających z opieki zdrowotnej nauczycieli przedszkoli i szkół dla których organem prowadzącym jest Gmina Kleszczów, stanowiącym Załącznik Nr 1 do uchwały Nr VII/67/2019 Rady Gminy Kleszczów z dnia 12 marca 2019 r. (Dz. Urz. Woj. Łódz. z 2019 r. poz. 1875) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przedstawiciel urzędu właściwego do spraw oświaty - Przewodniczący Komisji;”;

2) § 9 otrzymuje brzmienie:

„§ 9. Posiedzenia Komisji odbywają się raz w roku w listopadzie. W uzasadnionych przypadkach posiedzenia Komisji można zwołać w dodatkowym terminie.”;

3) wzór wniosku, o którym mowa w §13 pkt 1, otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały;

4) § 18 otrzymuje brzmienie:

„§ 18. Wnioski składa się do Wójta Gminy Kleszczów w terminie do 31 października danego roku.”.

§ 2. Uchwała podlega publikacji w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Przewodniczący Rady Gminy
Kleszczów

Michał Rejniak

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej
WYPEŁNIA NAUCZYCIEL/WNIOSKODAWCA INNY NIŻ NAUCZYCIEL**

1) Imię i nazwisko nauczyciela:

.....

2) Adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy:

.....

3) Wnioskodawca inny, niż nauczyciel

.....

(podać, kto jest upoważniony przez nauczyciela, którego wniosek dotyczy)

4) Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu – podać, jeżeli jest inny, niż określony w pkt. 1 i 2.

.....

.....

.....

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL/WNIOSKODAWCA INNY NIŻ NAUCZYCIEL

1) Nazwa i adres szkoły/szkół, w której /których nauczyciel jest zatrudniony
..... w łącznym wymiarze
obowiązującego wymiaru zajęć.

2) Data zatrudnienia:

/pkt 1 i 2 wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/

3) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oraz data przejścia na ww. świadczenie:

.....

4) Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, a składa wniosek o pomoc zdrowotną ze szkoły, w której naliczany jest na niego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

a) /Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne/

b)
/Nazwa i adres szkoły, w której naliczany jest na nauczyciela odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych/

5) Nazwa zlikwidowanej szkoły po ustaniu zatrudnienia, w której nauczyciel pobiera emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w szkole: /pkt 3, 4 i 5 wypełnia odpowiednio nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne/

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej wynikającej z poniesionych kosztów leczenia w wysokości zł. (słownie:
udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunki, faktury, itp.).

Proszę wskazać numer rachunku bankowego:

.....

/miejsowość, data i czytelny podpis nauczyciela/wnioskodawcy/
/osoby upoważnionej /