

**UCHWAŁA NR XXXVI/233/2026
RADY MIEJSKIEJ W IWONICZU-ZDROJU**

z dnia 26 marca 2026 r.

**w sprawie zmiany uchwały nr XXXIII/195/2021 Rady Miejskiej w Iwoniczu-Zdroju
z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną
dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich
przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15) ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 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 z późn. zm.)

**Rada Miejska w Iwoniczu-Zdroju
uchwala, co następuje:**

§ 1. W załączniku do Uchwały Nr XXXIII/195/2021 Rady Miejskiej w Iwoniczu-Zdroju z dnia 25 marca 2021 r. – Regulaminie Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Iwonicz-Zdrój wprowadza się następujące zmiany:

– w § 3 ust.1 pkt e) otrzymuje brzmienie:

„e) zakupem leków związanych bezpośrednio z chorobą, których przyjmowanie zostało zlecone przez lekarza (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów, leków OTC).”,

– załącznik nr 1 do Regulaminu otrzymuje brzmienie jak w załączeniu do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gminy Iwonicz-Zdrój.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej
w Iwoniczu-Zdroju

Józef Sowiński

Burmistrz Gminy Iwonicz-Zdrój
Al. Słoneczna 28
38-440 Iwonicz-Zdrój

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

Wnioskodawca:

1. Nauczyciel

(imię i nazwisko/czynny, emeryt, przebywający na rencie, św. kompensacyjnym – wpisać)

2. Adres zamieszkania.....

3. Miejsce pracy

(obecne / dla emerytów, rencistów byłe – wpisać)

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:
.....

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

.....

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

Uzasadnienie wniosku:

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

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku) potwierdzające fakt istnienia ciężkiej lub przewlekłej choroby, długotrwałego leczenia specjalistycznego, leczenia szpitalnego i poza szpitalnego, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, a także zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty o konieczności przyjmowania leków przedłożonych do refundacji.

2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki) obejmujące okres 12 miesięcy przed terminem złożenia wniosku.

3. Oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na jednego członka rodziny przebywającego we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzja Burmistrza Gminy Iwonicz-Zdrój

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości zł
(słownie złotych:)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej (uzasadnienie)
.....

.....
(Data i podpis Burmistrza Gminy)