



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

---

Wrocław, dnia 29 maja 2015 r.

Poz. 2395

### UCHWAŁA NR VIII/54/15 RADA POWIATU BOLESŁAWIECKIEGO

z dnia 28 maja 2015 r.

**w sprawie zmiany uchwały Nr XXX/159/09 Rady Powiatu Bolesławieckiego z dnia 17 września 2009 r.  
w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających  
z opieki zdrowotnej, określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy  
oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 595 z późn. zm.)<sup>1</sup> oraz art. 72 ust.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 191 z późn. zm.)<sup>2</sup>

#### **Rada Powiatu Bolesławieckiego uchwała, co następuje;**

**§ 1.** W uchwale Nr XXX/159/09 Rady Powiatu Bolesławieckiego z dnia 17 września 2009 r. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Doln. z 2009 r. Nr 166 poz. 3042) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie: „4. Wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej wraz z załącznikami należy składać w Starostwie Powiatowym w Bolesławcu w terminie do 31 maja i do 15 listopada danego roku.”

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wnioski złożone po 15 listopada danego roku będą rozpatrywane w następnym roku budżetowym wraz z wnioskami złożonymi w pierwszym terminie określonym w ust. 4”.

2) w § 5 ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) sporządza listy osób uprawnionych do otrzymania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w następujących terminach: a) do 15 czerwca w odniesieniu do wniosków złożonych do 31 maja danego roku, b) do 30 listopada w odniesieniu do wniosków złożonych do 15 listopada danego roku.”

**§ 2.** Wzór wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli z budżetu Powiatu Bolesławieckiego, o którym mowa w § 3 ust. 2 Uchwały Nr XXX/159/09 Rady Powiatu Bolesławieckiego z dnia 17 września 2009 r., uzyskuje brzmienie załącznika do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Do wniosków o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej złożonych przed dniem wejścia w życie uchwały stosuje się przepisy niniejszej uchwały.

<sup>1</sup>Zmiany tekstu jednolitego wskazanej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 645; z 2014 r. poz. 379, poz. 1072.

<sup>2</sup>Zmiany tekstu jednolitego wskazanej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 357.

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Bolesławieckiego.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie w terminie 14 dni od daty jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady Powiatu Bolesławieckiego:

*K. Stasik*

Załącznik do Uchwały Nr VIII/54/15  
Rada Powiatu Bolesławieckiego  
z dnia 28 maja 2015 r.

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....  
(adres zamieszkania – ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....  
(miejscowość – kod pocztowy)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(miejsce zatrudnienia lub ostatnie miejsce zatrudnienia w przypadku emerytów/rencistów)

### WNIOSEK

Na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 191 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli z budżetu Powiatu Bolesławieckiego na rok .....

Prośbę swą motywuję\*:

- 1) długotrwałą chorobą, trwającą od ..... do .....,
- 2) poniesionymi kosztami zakupu sprzętu do rehabilitacji/okularów korekcyjnych,
- 3) poniesionymi kosztami usług protetyki stomatologicznej.

Środki finansowe stanowiące świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej należy przekazać na mój rachunek bankowy w: .....

Numer .....

Właściciel rachunku .....

Adres .....

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie pracodawcy**

Niniejszym potwierdza się, że wyżej podpisany jest / był \* zatrudniony w:

.....

.....

Data

.....

Pieczętka i podpis dyrektora szkoły

**Potwierdzenie lekarza<sup>1</sup>**

Niniejszym potwierdza się, że wyżej podpisany w okresie od ..... do ..... ( i nadal\*) objęty jest / był\* leczeniem z powodu długotrwałej (trwającej powyżej 30 dni) choroby.

.....

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

**Załączniki do wniosku<sup>2</sup>:**

(rachunki/faktury za zakupiony sprzęt do rehabilitacji lub usługi protetyki stomatologicznej)

1) .....

2) .....

3) .....

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby weryfikacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

.....

(czytelny podpis)

.....

(miejsowość, data)