



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Kielce, dnia 9 listopada 2015 r.

Poz. 3198

UCHWAŁA NR XV/105/2015 RADY GMINY PIEKOSZÓW

z dnia 29 października 2015 r.

w sprawie zmiany uchwały nr XII/81/2015 Rady Gminy Piekoszów z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie ustalenia Regulaminu funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych prowadzonych przez gminę Piekoszów

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515) 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 2014 r. poz. 191 z późn. zm.) Rada Gminy uchwala, co następuje:

§ 1. W załączniku nr 1 do uchwały nr XII/81/2015 Rady Gminy Piekoszów z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie ustalenia Regulaminu funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych prowadzonych przez gminę Piekoszów (Dz. Urz. Woj. Świętokrzyskiego z 2015r. poz. 2561) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 1 wykreśla się pkt 7,
- 2) w § 9 wykreśla się ust. 2,
- 3) załącznik nr 1 do Regulaminu funduszu zdrowotnego otrzymuje brzmienie określone w załączniku do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi gminy Piekoszów.

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

Przewodniczący Rady Gminy

Zdzisław Władysław Grosicki

Załącznik
do Uchwały Nr XV/105/2015
Rady Gminy Piekoszów
z dnia 29 października 2015 roku

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych prowadzonych przez gminę Piekoszów

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- zaświadczenie od lekarza specjalisty o chorobie nauczyciela opatrzone datą nie wcześniejszą niż trzy miesiące poprzedzające datę złożenia wniosku,
- rachunki, faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia lub zakup sprzętu,
- oświadczenie o dochodach netto przypadających na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

.....
miejsce i data

.....
podpis wnioskodawcy

Decyzja dyrektora szkoły:

Udzielam/nie udzielam¹ pomocy zdrowotnej w wysokości

..... zł (słownie złotych:.....)

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

¹ niepotrzebne skreślić