



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Kielce, dnia 12 stycznia 2017 r.

Poz. 290

UCHWAŁA NR XVI/94/2016 RADY GMINY BRODY

z dnia 29 grudnia 2016 r.

w sprawie zmiany załącznika nr 1 (wniosek do Komisji Zdrowotnej o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego) Regulamin Funduszu Zdrowotnego

Na podstawie art. 72 ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (j. t. Dz. U. z 2016, poz. 1379) oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (j. t. Dz. U. z 2016 poz. 446), Rada Gminy Brody uchwala co następuje:

§ 1. Zmienia się załącznik Nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego – wniosek do Komisji Zdrowotnej o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego.

§ 2. Pozostałe zapisy Regulaminu Funduszu zdrowotnego pozostają bez zmian.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 5. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego i wchodzi w życie po upływie 14 od dnia jej ogłoszenia.

Przewodniczący Rady Gminy
Brody

Stanisław Wrona

Załącznik Nr 1 do
Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

WNIOSEK

do Komisji Zdrowotnej o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego

CZĘŚĆ I

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

2. Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

Proszę o udzielenie mi zapomogi z Funduszu Zdrowotnego z powodu:

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ II

Oświadczam, że w ostatnich trzech miesiącach moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1. Dochód wnioskodawcy (**suma dochodów brutto z ostatnich trzech miesięcy**)

.....

2. Dochód współmałżonka lub członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (**suma dochodów brutto z ostatnich trzech miesięcy**)

.....

.....

3. Razem dochód z 3 miesięcy (**suma dochodów z pkt. 1 i 2**)

.....

4. Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie (dochody z pkt 3 podzielone przez **3 - miesiące**, a następnie podzielone przez **liczbę osób** utrzymujących się z tego dochodu, pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, **wraz z wnioskodawcą**)

.....

.....

Oświadczam, że moja rodzina składa się zosób, niżej wymienionych, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i utrzymujących się z powyższego dochodu (**poza wnioskodawcą**) :

a/

b/

c/

d/

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałem/am w roku

.....

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk). Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2016 r., poz. 992)

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

do wypłaty

Zatwierdzam

* niepotrzebne skreślić