



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

---

Rzeszów, dnia 8 lipca 2015 r.

Poz. 2073

### UCHWAŁA NR IV/39/2015 RADY GMINY KREMPNA

z dnia 26 marca 2015 r.

**zmieniająca uchwałę nr XXII/154/09 Rady Gminy Krempna z dnia 22 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenia rodzajów świadczeń w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.), art. 72 ust. 1 oraz 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 Krempna uchwala co następuje:

**§ 1.** W uchwale Nr XXII/154/09 Rady Gminy Krempna z dnia 22 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenia rodzajów świadczeń w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania, wprowadza się następujące zmiany: załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie jak załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Krempna.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie 14 dni po opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Podkarpackiego.

**Przewodniczący Rady Gminy  
Krempna**

**Czesław Skocz**

Załącznik do Uchwały Nr IV/39/2015  
Rady Gminy Krempna  
z dnia 26 marca 2015 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
*Wnioskodawca (imię i nazwisko)*

.....  
*Adres zamieszkania i nr tel.*

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

.....  
*(potwierdzenie dyrektora o zatrudnieniu lub przejściu na emeryturę/rentę)*

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.**

Uzasadnienie:

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

Wnioskowana kwota świadczenia wynosi: .....

Ostatni raz z tej formy pomocy korzystałem/am w roku: .....

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....  
.....

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn zm.)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Adnotacja dotycząca rozpatrzenia wniosku:**  
ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/nie spełnia

Opinia Komisji Zdrowotnej:

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

Proponowana wysokość pomocy finansowej: .....

Słownie złotych .....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

Uzasadnienie przyznania/ nie przyznania\* pomocy zdrowotnej::

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

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
(data i podpis dyrektora)

**Decyzja Dyrektora Zespołu Szkół w Krempnej:**

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

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

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
(data i podpis Dyrektora ZS w Krempnej)

*Załącznik Nr 1  
do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej*

**OŚWIADCZENIE  
o sytuacji finansowej rodziny**

**Członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:**

Lp.	Nazwisko i imię	Wiek – dotyczy dzieci	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/nauki	Wysokość dochodu brutto w zł*
Łączny dochód rodziny (suma dochodów osób w rodzinie)					
Wysokość dochodu przypadająca na jednego członka rodziny (dochód rodziny podzielony przez liczbę osób w rodzinie)					

\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu, uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

*Załącznik Nr 2  
do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej*

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałem/am dostęp w związku z pracami w Komisji Zdrowotnej.

Członkowie Komisji Zdrowotnej, powołanej Zarządzeniem Nr .....

Dyrektora Zespołu Szkół w Krempnej z dnia .....

Imię i nazwisko	Podpis
1. ....	.. ..
2. ....	.. ..
3. ....	.. ..
4. ....	.. ..
5. ....	.. ..
6. ....	.. ..
7. ....	.. ..