



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

Rzeszów, dnia 4 czerwca 2025 r.

Poz. 2516

UCHWAŁA NR XVI/84/25 RADY MIASTA DYNÓW

z dnia 29 maja 2025 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr XXXIX/243/18 Rady Miasta Dynów z dnia 26 czerwca 2018r. w sprawie trybu udzielania dotacji dla niepublicznych przedszkoli i innych niepublicznych form wychowania przedszkolnego oraz trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U z 2024r., poz.1465 ze zm.) oraz art. 38 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz.U z 2024r, poz.754 ze zm.) **Rada Miasta Dynów uchwala, co następuje:**

§ 1. W uchwale Nr XXXIX/243/18 Rady Miasta Dynów z dnia 26 czerwca 2018r. w sprawie trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych przedszkoli i innych niepublicznych form wychowania przedszkolnego oraz trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania, załącznik nr 1, załącznik nr 2 i załącznik nr 3 otrzymują brzmienie jak załącznik nr 1, załącznik nr 2 i załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Dynów.

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

Przewodniczący Rady

Roman Mryczko

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XVI/84/25

Rady Miasta Dynów

z dnia 29 maja 2025 r.

WNIOSEK O UDZIELENIE DOTACJI NA ROK..........
(miejscowość, data)

(pieczęć organu prowadzącego)

Burmistrz Miasta Dynów

WNIOSEK O UDZIELENIE DOTACJI NA ROK..........
(nazwa i adres jednostki¹⁾)

1) Status jednostki:	
publiczna numer zezwolenia i data wydania zezwolenia wydanego przez Gminę Miejską Dynów na założenie jednostki publicznej albo numer zawarcia z Gminą Miejską Dynów porozumienia o prowadzeniu jednostki publicznej	niepubliczna numer i data wydania zaświadczenia o wpisie do ewidencji jednostek niepublicznych prowadzonej przez Gminę Miejską Dynów
1) Imię i nazwisko lub nazwa osoby prowadzącej jednostkę dotowaną:	
2) Planowana liczba uczniów w okresie styczeń -sierpień:....., w tym: uczniów niepełnosprawnych(należy wskazać rodzaj niepełnosprawności określony w orzeczeniu);uczniów objętych wczesnym wspomaganie rozwoju;uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi;uczniów niebędących mieszkańcami Gminy Miejskiej Dynów;	
3) Planowana liczba uczniów w okresie wrzesień -grudzień:....., w tym: uczniów niepełnosprawnych(należy wskazać rodzaj niepełnosprawności określony w orzeczeniu);uczniów objętych wczesnym wspomaganie rozwoju;uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi;uczniów niebędących mieszkańcami Gminy Miejskiej Dynów;	
4) Nazwa banku i numer rachunku bankowego , na który ma być przekazywana dotacja:	

.....
(podpis osoby prowadzącej)

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XVI/84/25

Rady Miasta Dynów

z dnia 29 maja 2025 r.

.....

(pieczęć organu prowadzącego)

.....

(miejscowość, data)

**Informacja miesięczna o faktycznej liczbie uczniów
według stanu na pierwszy dzień miesiąca roku**

Nazwa i adres placówki:

Informacja ogólna

Faktyczna liczba uczniów w miesiącu, w którym składana jest deklaracja
Miesiąc:
Rok:
Liczba uczniów ogółem:

1. Wykaz uczniów uczęszczających do jednostki, zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Dynów
(bez uczniów objętych kształceniem specjalnym na podst. orzeczenia PPP):

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania
1.			
2.			
3.			

2. Wykaz uczniów uczęszczających do jednostki spoza terenu Gminy Miejskiej Dynów
(bez uczniów objętych kształceniem specjalnym na podst. orzeczenia PPP):

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania
1.			
2.			
3.			

3. Uczniowie niepełnosprawni, objęci wczesnym wspomaganie rozwoju, uczestnicy zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (w przypadku dzieci do lat 5, lub realizujących obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci 6 latnie lub więcej należy zaznaczyć znakiem x w odpowiedniej rubryce)

a) Uczniowie niewidomi, słabowidzący, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

Lp.	Numer orzeczenia	Dzieci do 5 lat	Dzieci 6 latnie lub więcej
1.			
2.			
3.			

b) Uczniowie niesłyszący, słabosłyszący, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym

Lp.	Numer orzeczenia	Dzieci do 5 lat	Dzieci 6 letnie lub więcej
1.			
2.			
3.			

c) Uczniowie z niepełnosprawnością sprzężoną, z autyzmem (w tym zespół Aspergera)

Lp.	Numer Orzeczenia	W oddziałach integracyjnych	W oddziałach ogólnodostępnych:				Dzieci do 5 lat	Dzieci 6 letnie lub więcej
			do 2 h wsparcia	powyżej 2 do 5 h wsparcia	powyżej 5 do 10 h wsparcia	powyżej 10 h wsparcia		
1.								
2.								
3.								

d) Uczniowie objęci wczesnym wspomaganie rozwoju

Lp.	Numer opinii	Proszę o zaznaczenie znakiem „x” jeżeli posiada również orzeczenie
1.		
2.		
3.		

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać przelana dotacja:

[illegible]

(UWAGA: proszę o umieszczenie informacji, jeśli dotychczasowy numer konta uległ zmianie)

Uwagi:

.....

Termin składania informacji do 10 dnia każdego miesiąca:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym

.....

.....

Nazwisko i imię sporządzającego zestawienie

Numer telefonu

.....

.....

Imię i nazwisko lub nazwa osoby prowadzącej placówkę

Numer telefonu

.....

(pieczęć i podpis)

[illegible]

W tym dzieci niewidome , słabowidzące, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim												
W tym dzieci niesłyszące , słabosłyszące, z niepełnosprawnością ią intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znaczącym												
W tym dzieci z niepełnosprawnościami sprzężonymi i z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera												
Dzieci wyłącznie objęte wczesnym wspomaganie rozwoju												

Dane o wykorzystaniu dotacji na kształcenie, wychowanie, opiekę:

a) uczniów pełnosprawnych:

Lp.	Nazwa wydatku*	Nazwa i nr dokumentu źródłowego**	Nazwa i nr dowodu zapłaty***	Data zapłaty	Kwota na dokumencie źródłowym(zł)	Kwota wykorzystanej dotacji (zł)
Roczna kwota otrzymanej dotacji *****:						
Roczna kwota wykorzystanej dotacji:						
Roczna kwota dotacji podlegająca zwrotowi:						

b) uczniowie i wychowankowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, uczestnicy zajęć rewalidacyjno- wychowawczych oraz uczniowie oddziałów integracyjnych

Lp.	Nazwa wydatku*	Nazwa i nr dokumentu źródłowego**	Nazwa i nr dowodu zapłaty***	Data zapłaty	Kwota na dokumencie źródłowym(zł)	Kwota wykorzystanej dotacji (zł)

Roczna kwota otrzymanej dotacji *****.						
Roczna kwota wykorzystanej dotacji:						
Roczna kwota dotacji podlegająca zwrotowi:						

* W szczególności wynagrodzenie brutto wraz z pochodnymi od wynagrodzeń(wynagrodzenia nauczycieli, pozostałych pracowników oraz wynagrodzenie osoby fizycznej prowadzącej dotowany podmiot)

**W szczególności faktury VAT , rachunki, listy płac, deklaracje ZUS

***W szczególności wyciąg bankowy, raport księgowy

***** Kwota otrzymanej dotacji po zwrotach dotacji w trakcie roku budżetowego, w tym kwota podlegająca zajęciu przez gminę w ramach postępowania egzekucyjnego w administracji.

c) uczniowie i wychowankowie posiadający opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju

Lp.	Nazwa wydatku*	Nazwa i nr dokumentu źródłowego**	Nazwa i nr dowodu zapłaty***	Data zapłaty	Kwota na dokumencie źródłowym(zł)	Kwota wykorzystanej dotacji (zł)
Roczna kwota otrzymanej dotacji *****.						
Roczna kwota wykorzystanej dotacji:						
Roczna kwota dotacji podlegająca zwrotowi:						

d) łącznie uczniów pełnosprawnych i uczniów niepełnosprawnych:

Roczna kwota otrzymanej dotacji*:	
Roczna kwota wykorzystanej dotacji **:	
Roczna kwota dotacji podlegająca zwrotowi***:	

* Suma rocznych kwot otrzymanej dotacji z tabeli a) i b)

** Suma rocznych kwot wykorzystanej dotacji z tabeli a) i b),

*** Suma rocznych kwot dotacji podlegająca zwrotowi z tabeli a) i b).

Imię i nazwisko osoby sporządzającej zestawienie

Numer telefonu kontaktowego

Imię i nazwisko lub nazwa organu prowadzącego

.....

(pieczęć i podpis)