



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 31 sierpnia 2022 r.

Poz. 6133

UCHWAŁA NR XLIV/318/2022 RADY GMINY TRZCINICA

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

**w sprawie zmieniająca uchwałę nr XXVII/218/2021 Rady Gminy Trzcinica z dnia 24 marca 2021 r.
w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkołach
i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcinica.**

Na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2021r. poz. 1762; zm. Dz. U. z 2022 poz. 935 i poz. 1116) oraz na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 559; zm. Dz. U. poz. 1005 i poz. 1079) Rada Gminy Trzcinica uchwala, co następuje:

§ 1. W uchwale nr XXVII/218/2021 w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcinica wprowadza się następujące zmiany:

- załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcinica będącym załącznikiem do uchwały nr XXVII/218/2021 otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Trzcinica.

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

Przewodniczący Rady Gminy
(-) mgr Zdzisław Mikołajczyk

Załącznik do uchwały Nr XLIV/318/2022
Rady Gminy Trzcinica
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Wójt Gminy Trzcinica
ul. Jana Pawła II 47
63-620 Trzcinica

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

WNIOSKODAWCA:

1. Nauczyciel
(imię i nazwisko / nauczyciel czynny, emeryt, rencista)
2. Adres zamieszkania
Nr telefonu kontaktowego.....
3. Miejsce pracy:
(obecne / dla emerytów, rencistów było – wpisać)
4. Wymiar zatrudnienia:
(dot. czynnych nauczycieli)
5. Wysokość kosztów poniesionych na leczenie specjalistyczne wynosi zł

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

Załączniki do wniosku, o których mowa w §6 ust 2 regulaminu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

OŚWIADCZENIE:

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018r. poz. 1000 z późn. zm.)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

DECYZJA WÓJTA GMINY:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokościzł. (słownie złotych)

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

.....
(data i podpis Wójta)

*Niepotrzebne skreślić''