



# DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

---

Katowice, dnia 2 kwietnia 2025 r.

Poz. 2219

## UCHWAŁA NR 0007.20.2025 RADY GMINY GOLESZÓW

z dnia 26 marca 2025 r.

**w sprawie zmiany Uchwały Nr 0007.9.2025 Rady Gminy Goleszów z dnia 26 lutego 2025 r.  
w sprawie ustalenia trybu udzielania i rozliczania dotacji z budżetu Gminy Goleszów dla niepublicznych  
przedszkoli oraz trybu przeprowadzenia kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.), art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 754 z późn. zm.)

### **Rada Gminy Goleszów uchwała, co następuje:**

**§ 1.** Zmienia się uchwałę nr 0007.9.2025 Rady Gminy Goleszów z dnia 26 lutego 2025 r. w sprawie ustalenia trybu udzielania i rozliczania dotacji z budżetu Gminy Goleszów dla niepublicznych przedszkoli oraz trybu przeprowadzenia kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania, w ten sposób, że:

1) w § 6 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Niezależnie od informacji o liczbie uczniów, złożonych przed wejściem w życie niniejszej uchwały, organ prowadzący, w terminie 7 dni od wejścia w życie niniejszej uchwały złoży organowi dotującemu informację miesięczną o liczbie uczniów za miesiące: styczeń 2025 r., luty 2025 r., marzec 2025 r. i kwiecień 2025 r., według wzoru określonego w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały.”;

2) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.”;

3) załącznik nr 2 do uchwały otrzymuje brzmienie, jak w załączniku do niniejszej uchwały.

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

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

Przewodnicząca Rady Gminy

**Elżbieta Duraj**

Załącznik do uchwały Nr 0007.20.2025  
Rady Gminy Goleszów  
z dnia 26 marca 2025 r.

Załącznik nr 2 do uchwały  
Nr 0007.9.2025 Rady Gminy Goleszów  
z dnia 26 lutego 2025 r.

## INFORMACJA O FAKTYCZNEJ LICZBIE UCZNIÓW

MIESIĄC ..... ROK .....

(termin składania informacji, co miesiąc do 5 – tego dnia każdego miesiąca)

### 1. Nazwa i adres przedszkola/ innej formy wychowania przedszkolnego

Nazwa:

.....

Adres:

.....

### 2. Dane o organie prowadzącym

Nazwa osoby prawnej lub imię i nazwisko osoby fizycznej:

.....

Siedziba lub adres:

.....

### 3. Faktyczna liczba uczniów w danym miesiącu według stanu na pierwszy roboczy dzień miesiąca, którego dotyczy informacja:

a) w przedszkolu/ innej formie wychowania przedszkolnego: .....

w tym aktualna liczba uczniów: niepełnosprawnych z podaniem rodzajów niepełnosprawności i wyszczególnieniem ukończenia wieku w roku poprzedzającym rok budżetowy/ objętych wczesnym wspomaganie rozwoju na podstawie opinii o wczesnym wspomaganiu rozwoju/objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi na podstawie orzeczeń o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych – według tabeli:

| Lp. | Rodzaj niepełnosprawności uczniów, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego |                             | Liczba uczniów |                                                                             |                                                                      |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                 |                             | Ogółem         | w tym którzy ukończyli 6 lat lub więcej w roku poprzedzającym rok budżetowy | w tym którzy nie ukończyli 6 lat w roku poprzedzającym rok budżetowy |
|     | z niepełnosprawnościami sprzężonymi,                                                            | w oddziałach specjalnych    |                |                                                                             |                                                                      |
|     |                                                                                                 | w oddziałach integracyjnych |                |                                                                             |                                                                      |

|  |                                                                                                                                  |                                                                                                         |  |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera                                                                                           | z uwzględnieniem tygodniowej liczby godzin wsparcia tych uczniów <b>w oddziałach ogólnodostępnych*:</b> |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | powyżej 10 godzin indywidualnie                                                                         |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | powyżej 10 godzin grupowo                                                                               |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 6 do 10 godzin indywidualnie                                                                         |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 6 do 10 godzin grupowo                                                                               |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 3 do 5 godzin indywidualnie                                                                          |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 3 do 5 godzin grupowo                                                                                |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 1 do 2 godzin indywidualnie                                                                          |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | od 1 do 2 godzin grupowo                                                                                |  |  |  |
|  |                                                                                                                                  | brak godzin wsparcia                                                                                    |  |  |  |
|  | niesłyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym                          |                                                                                                         |  |  |  |
|  | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |                                                                                                         |  |  |  |
|  | <b>Razem:</b>                                                                                                                    |                                                                                                         |  |  |  |
|  | <b>Uczniowie posiadający opinie o wczesnym wspomaganie rozwoju/ orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych</b>     |                                                                                                         |  |  |  |
|  | Liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganie rozwoju na podstawie opinii o wczesnym wspomaganie rozwoju                          |                                                                                                         |  |  |  |
|  | Liczba uczniów objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi na podstawie                                                       |                                                                                                         |  |  |  |

|  |                                                        |  |  |
|--|--------------------------------------------------------|--|--|
|  | orzeczeń o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych |  |  |
|  | <b>OGÓŁEM:</b>                                         |  |  |

\*Jednocześnie informuję, że na wykazany w tabeli wymiar godzin wsparcia dla ucznia/uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera w miesiącu ..... roku ..... składała się następująca tygodniowa liczba godzin wsparcia, realizowana z poszczególnymi uczniami:

- 1) tygodniowa liczba godzin zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych realizowanych indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... uczniów,
- 2) tygodniowa liczba godzin zajęć rewalidacyjnych oraz zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizujących zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym, o którym mowa w art. 127 ust. 3 ustawy – Prawo oświatowe, realizowanych indywidualnie z uczniem w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... uczniów,
- 3) połowa tygodniowej liczby godzin zajęć rewalidacyjnych oraz zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizujących zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym, o którym mowa w art. 127 ust. 3 ustawy – Prawo oświatowe, organizowanych w grupie w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... uczniów,
- 4) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem przez nauczyciela posiadającego kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej zatrudnionego dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia specjalnego uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... uczniów,
- 5) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych z uczniem przez specjalistów zatrudnionych dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia specjalnego uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze: ....., realizowanych dla ..... uczniów,
- 6) tygodniowa liczba godzin zajęć i innych zadań realizowanych przez pomoc nauczyciela dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, lub niepełnosprawnościami sprzężonymi w wymiarze: ..... realizowanych dla ..... uczniów.

**4. Nazwa banku, numer rachunku bankowego i nazwa posiadacza rachunku bankowego, na który ma być przekazana dotacja:**

.....  
 .....

Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby sporządzającej informację:

.....

.....  
 (data, pieczęć imienna i  
 podpis dyrektora placówki  
 niepublicznej lub osoby  
 upoważnionej)