

Uchwała Nr 07/2010
Zarządu Powiatu Wałbrzyskiego
z dnia 21 stycznia 2010

w sprawie: w sprawie organizacji opiniowania wniosków o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wałbrzyski.

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.) oraz § 5 uchwały Nr IX/51/07 Rady Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 30 sierpnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów, warunków oraz sposobu przyznawania świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wałbrzyski (z późn. zm.) **uchwała się, co następuje:**

§1

1. Ustala się wzór wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, o których mowa w §1 pkt 1 uchwały Nr IX/51/07 Rady Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 30 sierpnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów, warunków oraz sposobu przyznawania świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wałbrzyski (z późn. zm.), stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Wnioski o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej złożone do dnia wejścia w życie niniejszej uchwały, według wzoru obowiązującego do tego dnia, uznaje się za poprawne pod względem formalnym.
3. Dopuszcza się składanie wniosków według wzoru obowiązującego przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały również po tym dniu, nie dłużej jednak niż do dnia 31 marca 2010 r. Po tym terminie wnioski złożone według wzoru innego, niżeli określony w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały, uznane zostaną za niepoprawne pod względem formalnym i odsyłane będą wnioskodawcom celem skorygowania.

§2

W celu opiniowania wniosków, o których mowa w §1 niniejszej uchwały, Starosta Wałbrzyski powoła Komisję Opiniującą, określając jej skład osobowy oraz tryb pracy.

§3

Traci moc uchwała Nr 173/07 Zarządu Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 4 października 2007 r. w sprawie organizacji opiniowania wniosków o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wałbrzyski.

Kulpiński

§4

Wykonanie uchwały powierza się Staroście Wałbrzyskiemu.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zarząd Powiatu Wałbrzyskiego:

Przewodniczący: Augustyn Skrętkowicz

Wicestarosta: Andrzej Marciniak

Członek Zarządu: Iwona Gorgoń

Członek Zarządu: Edward Podgórski

Członek Zarządu: Monika Wybraniec



zgodnie pod względem
funkcyjno-prawnym

SADDA SADA
mer H a Rumbaa

Kulpmische für 1/1

UZASANIENIE

W związku z uchwałą Nr XXXV/56/09 Rady Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 29 października 2009 r. w sprawie zmiany uchwały Nr IX/51/07 Rady Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 30 sierpnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów, warunków oraz sposobu przyznawania świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wałbrzyski, zaistniała konieczność wprowadzenia zmian we wniosku o przyznanie ww. świadczeń.

Powyższe stanowi o zasadności podjęcia niniejszej uchwały.

WICESTAROSTA

Andrzej Marciniak

Kulpiński dr 1/4

Nr sprawy: Data wpływu:

Starosta Wałbrzyski
Al. Wyzwolenia 20-24
58-300 Wałbrzych

WNIOSK
o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

2. Adres do korespondencji (proszę podać, jeżeli jest inny niż podany w punkcie 1):

3. Imię i nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy/
reprezentowana instytucja (proszę podać, jeżeli wnioskodawcą jest podmiot inny,
niż określony w pkt 1):

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

WYPELNI NAUCZYCIEL	
a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony oraz okres zatrudnienia:	
b) Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku: <input type="checkbox"/> czynny zawodowo <input type="checkbox"/> renta/ emerytura <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	
WYPELNI DYREKTOR SZKOŁY/ ORGAN PROWADZĄCY JEDNOSTKĘ *	
Poświadczają, że dane zawarte w pkt 4 lit. a i lit. b, są zgodne ze stanem faktycznym.	
..... (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do dokonania poświadczenia)
Poświadczenia danych zawartych w pkt 4 lit. a - b dokonują odpowiednio:	
a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo – dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony;	
b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – organ prowadzący jednostkę, w której osoba ta była zatrudniona.	

5. Uzasadnienie złożenia wniosku:

Krzysztof...

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty: **

- kserokopię zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia nauczyciela/ kserokopię karty leczenia szpitalnego*, wydane nie później niż w okresie dwunastu miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku;
- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności/ innych dokumentów potwierdzających stan zdrowia nauczyciela, którego dotyczy wniosek;
- kserokopie imiennych faktur/ rachunków*, potwierdzających koszty leczenia nauczyciela, którego dotyczy wniosek - sztuk;
- kserokopie dokumentów potwierdzających trudną sytuację materialną nauczyciela, którego dotyczy wniosek;
- inne (proszę podać jakie):

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

7. Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w mojej rodzinie w przeliczeniu

na jedną osobę zł (brutto),

(słownie:) ***

Świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć właściwy kwadrat

*** użyte w oświadczeniu o wysokości dochodu pojęcia: „dochód” oraz „rodzina” należy rozumieć zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.).

Kulpmiśce 10/11

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko nauczyciela:

Nazwa banku:

Nr rachunku:

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Wałbrzych, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania/ telefon kontaktowy)

Starosta Wałbrzyski
Al. Wyzwolenia 20-24
58-300 Wałbrzych

Składam wniosek o przyznanie świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli. Wniosek znajduje się w Wydziale Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Wałbrzychu.

.....
(czytelny podpis)

Kulpiński Jm