

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

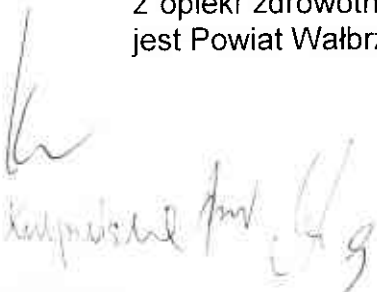
1. Ustala się wzór wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, o których mowa w §1 pkt 1 uchwały Nr IX/51/07 Rady Powiatu Wałbrzyskiego z dnia 30 sierpnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów, warunków oraz sposobu przyznawania świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla 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.



Handwritten signature and stamp, likely of the Starosta Wałbrzyski, located at the bottom left of the page.

§4

Wykonanie uchwały powierza się Staroście Wałbrzyskiemu.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zarząd Powiatu Wałbrzyskiego:

Przewodniczący: Augustyn Skrętkowicz

Wicestarosta: Andrzej Marciniak

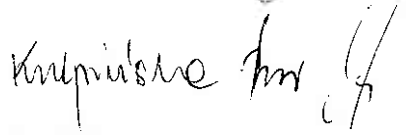
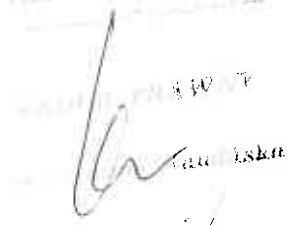
Członek Zarządu: Iwona Gorgoń

Członek Zarządu: Edward Podgórski

Członek Zarządu: Monika Wybraniec



Przebiegowa pod względem




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



Kontrolerka

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:

WYPEŁNIA 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	
WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/ ORGAN PROWADZĄCY JEDNOSTKĘ *	
Poświadczam, że dane zawarte w pkt 4 lit. a i lit. b, są zgodne ze stanem faktycznym.	
..... (miejsowość, 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:

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

Kulpraska

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.).

Kulpińska Anna

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:

.....
(miejscowość 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)

Krzysztof Jan