

**UCHWAŁA NR 403/LIII/2023
RADY GMINY MAŁKINIA GÓRNA**

z dnia 7 lipca 2023 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 i ust. 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. 2023 poz. 984) Rada Gminy Małkinia Górna uchwala, co następuje:

§ 1. W uchwale Nr 393/LI/2023 Rady Gminy Małkinia Górna z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Maz. poz. 7175) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) członkowie rodziny lub opiekun, jeżeli osoba uprawniona nie jest zdolna osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie ze względu na swój stan zdrowia, za zgodą zainteresowanego nauczyciela.”;

2) w § 5 ust.2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana będzie na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę lub w kasie Urzędu Gminy w Małkini Górnej.”;

3) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały;

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

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Małkinia Górna.

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

Przewodniczący Rady Gminy

Jacek Bogdan

WNIOSEK O POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu kontaktowego wnioskodawcy)

.....
(status wnioskodawcy)

.....
(Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączono:

- a) aktualne zaświadczenie lekarskie
- b) dokumenty potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty, o których mowa,
- c) oświadczenie o dochodach .

Środki finansowe stanowiące świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej proszę o przekazanie na mój rachunek bankowy:.....

(Nr konta bankowego)

lub wypłatę w formie gotówki w kasie Urzędu Gminy Małkinia Górna - właściwe podkreślić.

.....

(miejsce i data, czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Wójta Gminy Małkinia Górna z siedzibą w Urzędzie Gminy Małkinia Górna, ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych osobowych; zadania usunięcia danych osobowych; zadania ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

4. Wiem, że moja zgoda może być przeze mnie odwołaną w każdym czasie

.....

(miejsce, data)

.....

(czytelny podpis)

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 403/LIII/2023
Rady Gminy Małkinia Górna
z dnia 7 lipca 2023 r.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(status wnioskodawcy)

Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że średni dochód na członka mojej rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł bruttozł (słownie:zł).

Oświadczenie składam w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)