



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 18 lutego 2020 r.

Poz. 1366

UCHWAŁA NR XIX/147/2020 RADY GMINY GŁOGÓW

z dnia 5 lutego 2020 r.

w sprawie zmiany uchwały nr XVIII/135/2019 Rady Gminy Głogów z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 506 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 ze zm.) Rada Gminy Głogów uchwala, co następuje:

§ 1. Skreśla się § 2 zmienianej uchwały.

§ 2. Ulega zmianie załącznik nr 1 do zmienianej uchwały poprzez usunięcie obowiązku informacyjnego o przetwarzaniu danych osobowych, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały zmieniającej.

§ 3. Pozostałe zapisy zmienionej uchwały pozostają bez zmian.

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Głogów.

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

Przewodniczący Rady:
P. Cypryański

Załącznik nr 1 do uchwały Nr XIX/147/2020
Rady Gminy Głogów
z dnia 5 lutego 2020 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek

1. imię i nazwisko.....

2. adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica)

.....
.....

3. numer telefonu.....

Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

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

b) wymiar etatu / wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/.....

c) status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku (niepotrzebne skreślić):

czynny zawodowo, renta/emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Poświadczenie szkoły/placówki:

Poświadczam, że dane odnośnie zatrudnienia są zgodne ze stanem faktycznym

.....

/miejscowość, data/

.....

/podpis osoby upoważnionej/

.....

/pieczęć szkoły/placówki w której nauczyciel jest zatrudniony lub w której jest emerytem, rencistą,
nauczycielem pobierającym świadczenie kompensacyjne/

Proszę o przyznanie mi świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

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

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających
dzień złożenia wniosku, w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę
wyniósł.....zł słownie.....

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

1) imię i nazwisko właściciela konta.....

2) numer rachunku.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty: (proszę wymienić)

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

.....

/miejscowość, data/ / podpis wnioskodawcy/