

UCHWAŁA NR CI/1363/10
RADY MIASTA KRAKOWA

z dnia 26 maja 2010 r.

**w sprawie zmiany uchwały Nr LXXXVIII/1167/09 Rady Miasta Krakowa, z dnia 16 grudnia 2009 r.
w sprawie ustalenia Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc
zdrowotną dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Gminę Miejską Kraków.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591 z późn. zm.) art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1592 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 i art. 91 d ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97 poz. 674 z późn. zm.) Rada Miasta Krakowa uchwała, co następuje:

§ 1. W uchwale Nr LXXXVIII/1167/09 Rady Miasta Krakowa z dnia 16 grudnia 2009 r. załącznik do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Gminę Miejską Kraków, otrzymuje brzmienie załącznika do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta.

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

Wiceprzewodniczący Rady
Miasta Krakowa

Stanisław Rachwał

Załącznik do Regulaminu
gospodarowania środkami
finansowymi przeznaczonymi na
pomoc zdrowotną dla nauczycieli
szkół i innych placówek
prowadzonych przez Gminę
Miejską Kraków.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

**1. Dane osoby, dla której składany jest wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej -
(nauczyciela/nauczyciela emeryta/nauczyciela rencisty*):.....**

nazwisko i imię:

adres zamieszkania:

miejsce zatrudnienia¹:

wymiar zatrudnienia²:

2. Dane podmiotu wnoszącego wniosek³:

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

3. Uzasadnienie:

.....
.....

4. Pomoc zdrowotną należy przekazać na konto -

Numer rachunku bankowego:

.....

W załączeniu do wniosku przedłożone zostało:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) oświadczenie o dochodach brutto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich
źródeł przychodu,
- 3) inne (należy wymienić dokumenty).

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

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

.....

(miejscowość i data)

(podpis osoby, o której mowa w pkt 1

lub podmiotu, o którym mowa w pkt 2)

Potwierdzam fakt zatrudnienia osoby, dla której składany jest wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejsowość i data) (podpis i pieczęć Dyrektora szkoły/placówki ²)

5. Decyzja Komisji ds. pomocy zdrowotnej:

.....
6. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej:

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

.....
(data i podpis członków Komisji) *

niepotrzebne skreślić