PROJEKT

Uchwała Nr …../……/25

Rady Miejskiej w Czechowicach-Dziedzicach

**z dnia …………… 2025 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych szkół, niepublicznych przedszkoli i niepublicznych innych form wychowania przedszkolnego prowadzonych na terenie Gminy Czechowice-Dziedzice oraz trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r.   
o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.) oraz art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 754 z późn. zm.)

**Rada Miejska w Czechowicach-Dziedzicach**

**uchwala:**

**§ 1.** W uchwale Nr XLVIII/570/22 Rady Miejskiej w Czechowicach-Dziedzicach z dnia 5 kwietnia 2022 r. w sprawie trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych szkół, niepublicznych przedszkoli i niepublicznych innych form wychowania przedszkolnego prowadzonych na terenie Gminy Czechowice-Dziedzice oraz trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania, wprowadza się następujące zmiany:

1. załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały;
2. załącznik nr 2 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Podmiot otrzymujący dotację, w okresie 7 dni od dnia wejścia w życie niniejszej uchwały, składa skorygowaną miesięczną informację o faktycznej liczbie uczniów za styczeń 2025 r., luty 2025 r. oraz marzec 2025 r. według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Wykonanie uchwały **powierza się Burmistrzowi Czechowic-Dziedzic.**

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego**.**

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr …../…./25

Rady Miejskiej w Czechowicach-Dziedzicach

z dnia ………. 2025 r.

……………………………………… Czechowice-Dziedzice, dnia …………..……

pieczątka placówki

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOTACJI na rok budżetowy .........**

1. Pełna nazwa i adres szkoły, przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego: ……………………………………………………………..………………………………................................………………………………………………………………………………………………………..…………………

2. Pełna nazwa i adres organu prowadzącego: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Data wydania i numer zaświadczenia o wpisie do ewidencji niepublicznychplacówek:

data wydania zaświadczenia: …….………………………………

numer zaświadczenia o wpisie: …………………………………………………

4. Data wydania oraz numer decyzji o uprawnieniach szkoły publicznej:

data wydania decyzji o uprawnieniach: ……………………………

numer wydanej decyzji: ……………………………………………………………

5. Data rozpoczęcia działalności szkoły, przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego: ……………………………………………

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego szkoły, przedszkola innej formy wychowania przedszkolnego:

nazwa banku: .…………………………………………………………………………………………………

numer rachunku: ..………………....…………………………………………………………………………

7. Planowana miesięczna liczba dzieci/uczniów:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **w okresie  od stycznia do sierpnia** | **w okresie  od września do grudnia** |
| **1.** | **w przedszkolu** | |  |  |
| w tym: | | | |
| a) spoza gminy Czechowice-Dziedzice | |  |  |
| b) niepełnosprawne | |  |  |
| w tym: | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |  |
| niewidome, słabowidzące |  |  |
| z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |  |  |
| niesłyszące, słabosłyszące |  |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera  w oddziale integracyjnym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera  w oddziale specjalnym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny  i mniejsza lub równa 5 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest mniejsza lub równa 2 godziny  i nie jest równa 0) |  |  |
| c) objęte wczesnym wspomaganiem rozwoju | |  |  |
| d) objęte zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi | |  |  |
| **2.** | **w szkole** | |  |  |
| w tym: | | | |
| 1. w klasach I-III | |  |  |
| 1. w klasach IV- VIII | |  |  |
| c) w klasach sportowych | |  |  |
| d) niepełnosprawni | |  |  |
| w tym: | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |  |
| niedostosowani społecznie, zagrożeni niedostosowaniem społecznym |  |  |
| niewidomi, słabowidzący |  |  |
| z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |  |  |
| niesłyszący, słabosłyszący |  |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale integracyjnym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny  i mniejsza lub równa 5 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest mniejsza lub równa 2 godziny  i nie jest równa 0) |  |  |
| e) niepełnosprawni w oddziałach integracyjnych | |  |  |
| f) objęci zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi | |  |  |
| **3.** | **w innej formie wychowania przedszkolnego** | |  |  |
| w tym: | | | |
| a) spoza gminy Czechowice-Dziedzice | |  |  |
| b) niepełnosprawne | |  |  |
| w tym: | z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |  |
| niewidome, słabowidzące |  |  |
| z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |  |  |
| niesłyszące, słabosłyszące |  |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny  i mniejsza lub równa 5 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest mniejsza lub równa 2 godziny  i nie jest równa 0) |  |  |
| c) objęte wczesnym wspomaganiem rozwoju | |  |  |
| d) objęte zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi | |  |  |

Sporządził: ………………………………………... …………………………………………..………….

Podpis, nr telefonu Pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania organu prowadzącego

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr …../…./25

Rady Miejskiej w Czechowicach-Dziedzicach

z dnia ………. 2025 r.

……………………………………… Czechowice-Dziedzice, dnia …………

pieczątka placówki

**MIESIĘCZNA INFORMACJA O FAKTYCZNEJ LICZBIE UCZNIÓW**

***(wg stanu na pierwszy dzień roboczy miesiąca, w którym złożono informację)***

**(miesiąc)** ……………………………… **r.**

1. Pełna nazwa i adres szkoły, przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

2. Pełna nazwa i adres organu prowadzącego: ………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

3. Numer rachunku bankowego szkoły, przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, na który należy przekazać dotację :

………………………………………………………………………………………………………………………

4. Aktualna liczba dzieci/uczniów:

1) w przedszkolu/innej formie wychowania przedszkolnego: ……………………., w tym:

niepełnosprawne: …………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj niepełnosprawności | Ilość uczniów | Data urodzenia |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |  |
| niewidome, słabowidzące |  |  |
| z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |  |  |
| niesłyszące, słabosłyszące |  |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera  w oddziale integracyjnym (nie dotyczy innej formy wychowania przedszkolnego) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera  w oddziale specjalnym (nie dotyczy innej formy wychowania przedszkolnego) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny  i mniejsza lub równa 5 godzin) |  |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest mniejsza lub równa 2 godziny i nie jest równa 0) |  |  |

 objęte wczesnym wspomaganiem rozwoju: ………………………..

 objęte zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi: ……………………………

2) w szkole: ……………………., w tym:

w klasach I – III: …………..

w klasach IV – VIII: ……………

w klasach sportowych: ……………..

niepełnosprawni: ……………

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj niepełnosprawności | Ilość uczniów |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim |  |
| niedostosowani społecznie, zagrożeni niedostosowaniem społecznym |  |
| niewidomi, słabowidzący |  |
| z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją |  |
| niesłyszący, słabosłyszący |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale integracyjnym |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 10 godzin) |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin jest większa niż 5 godzin i mniejsza lub równa 10 godzin) |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest większa niż 2 godziny  i mniejsza lub równa 5 godzin) |  |
| z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z autyzmem w tym z zespołem Aspergera w oddziale ogólnodostępnym (liczba godzin wsparcia jest mniejsza lub równa 2 godziny  i nie jest równa 0) |  |

niepełnosprawni w oddziałach integracyjnych: ……………….

 objęci zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi: ………………

Sporządził: …………………………………... …………………………………..………….

Podpis, nr telefonu Pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania organu prowadzącego

**Uzasadnienie**

Zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego, w drodze uchwały, ustala tryb udzielania i rozliczania dotacji oraz tryb przeprowadzania kontroli prawidłowości ich pobrania i wykorzystania.

Ustawa z dnia 1 października 2024 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie sposobu podziału łącznej kwoty potrzeb oświatowych między jednostki samorządu terytorialnego w roku 2025 wprowadziły od dnia   
1 stycznia 2025 r. zmiany powodujące konieczność dostosowania dotychczas obowiązującej uchwały do zmian przepisów prawa.

Uwzględniając powyższe podjęcie uchwały jest zasadne i konieczne.