**UCHWAŁA NR ………**

**RADY GMINY GNOJNIK**

z dnia ……… 2025 r.

**w sprawie zmiany uchwały** **Nr XLII/373/2022 Rady Gminy Gnojnik
z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie ustalenia trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych przedszkoli i niepublicznych innych form wychowania przedszkolnego oraz trybu i zakresu kontroli prawidłowości jej pobierania i wykorzystania**

 Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., 1465 ze zm.) oraz art. 38 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 754 ze zm.) Rada Gminy Gnojnik uchwala co następuje:

**§ 1**. W uchwale Nr XLII/373/2022 Rady Gminy Gnojnik z dnia 12 grudnia 2022 r., w sprawie ustalenia trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych przedszkoli i niepublicznych innych form wychowania przedszkolnego oraz trybu i zakresu kontroli prawidłowości jej pobierania
i wykorzystania (Dz. Urz. Województwa Małopolskiego z dnia 15 grudnia 2022 r., poz. 8838) -wprowadza się następujące zmiany:

1. W § 3 dodaje się ust. 3, ust. 4, ust. 5 i ust. 6 w następującym brzmieniu:

,,3. Osoba prowadząca niepubliczne przedszkole lub niepubliczną inną formę wychowania przedszkolnego jest zobowiązana sporządzić i dostarczyć według stanu na pierwszy dzień roboczy danego miesiąca do 5 dnia każdego miesiąca informację, o faktycznej liczbie dzieci objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju, uczniów, wychowanków lub uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych do dotacji w danym miesiącu. W przypadku uczniów niepełnosprawnych z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, powyżej wskazana informacja dotyczy sumy liczby godzin wsparcia organizowanych w wymiarze tygodniowym dla danego ucznia, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5.

4. Przez liczbę godzin wsparcia, o której mowa w załączniku nr 1 i nr 2 do uchwały, rozumie się tygodniową liczbę godzin wsparcia ucznia z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub
z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, stanowiącą sumę godzin obliczoną na podstawie przepisów rozporządzenia ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, określającego sposób podziału łącznej kwoty potrzeb oświatowych między jednostki samorządu terytorialnego, wydanego na podstawie art. 26 ust. 6 ustawy z dnia 1 października 2024 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego.

5. Godzina wsparcia, o której mowa w załączniku nr 1 i nr 2 do uchwały, dla ucznia niepełnosprawnego z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi odpowiada jednostce czasu określonej w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania w sprawie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, wydanego na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe oraz w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do praw oświaty i wychowania
w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli, wydanego na podstawie art. 111 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

6. W zakresie godzin wsparcia dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi, dane za okres od stycznia 2025 r. do marca 2025 r. zostaną przekazane według formularza, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do uchwały”.

2) Załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej uchwały,

3) Załącznik nr 2 otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej uchwały,

4) Załącznik nr 3 otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszej uchwały.

**§2**. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Gnojnik.

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

Załącznik Nr 1 do uchwały …..

Rady Gminy Gnojnik z dnia …… 2025 roku.

…………………………………………………..

(pieczątka placówki)

**Wójt Gminy Gnojnik**

**Wniosek o udzielenie dotacji na rok kalendarzowy ……**

1. Wnoszę o udzielenie dotacji na rok …………… dla:

…………………………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres podmiotu dotowanego)*

…………………………………………………………………………………………………

*(prowadzonego przez)*

…………………………………………………………………………………………………

*(numer telefonu adres e-mail)*

…………………………………………………………………………………………………

*(NIP i REGON)*

…………………………………………………………………………………………………

*(data i numer wpisu do ewidencji)*

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego organu prowadzącego właściwy do przekazania dotacji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(numer rachunku bankowego)*

***…………………………………………………………………………………………………***

*(nazwa banku)*

1. **Planowana średniomiesięczna liczba uczniów w ………. roku w tym:**
2. Planowana średniomiesięczna liczba uczniów od dnia 01 stycznia do 31 sierpnia - ………………………………….
3. Planowana średniomiesięczna liczba uczniów od dnia 01 września do dnia 31 grudnia - ………………………………..
4. W tym planowana liczba uczniów niepełnosprawnych z podaniem rodzajów niepełnosprawności i wyszczególnieniem liczby dzieci, które ukończyły 6 lat lub więcej
w roku bazowym (tj. roku dotowanym) – według tabeli:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **VI** | **VII** | **VIII** | **IX** | **V** | **XI** | **XII** |
| 1. | Liczba uczniów/dzieci ogółem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Liczba dzieci, które ukończyły 6 lat lub więcej w roku bazowym |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Liczba uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z Autyzmem, w tym zespołem Aspergera - **w oddziale specjalnym**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Liczba uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z Autyzmem, w tym z zespołem Aspergera -**w oddziale integracyjnym** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Liczba uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z Autyzmem, w tym z zespołem Aspergera -**w oddziale ogólnodostępnym** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Liczba uczniów niesłyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Liczba uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Liczba uczniów niebędących mieszkańcami Gminy Gnojnik, którzy nie są uczniami niepełnosprawnymi (nie posiadają orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Liczba uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju - WWR  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Liczba uczniów realizujących w przedszkolu tylko WWR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………..……………………………………

(podpis i pieczęć osoby prowadzącej przedszkole)

Załącznik Nr 2 do uchwały …..

Rady Gminy Gnojnik z dnia …… 2025 roku.

……………………………………………

 (pieczątka placówki)

**Wójt Gminy Gnojnik**

**Informacja o faktycznej liczbie uczniów, dzieci objętych WWR, uczniów objętych kształceniem specjalnym wg stanu na 1 dzień roboczy miesiąca, na który udzielana jest dotacja**

**w miesiącu ………………..……………….. roku ………………..**

1. **INFORMACJE PODSTAWOWE**
2. Organ prowadzący (nazwa, adres, aktualny nr telefonu, adres e-mail)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

1. Dane placówki (nazwa, adres, aktualny nr telefonu, adres e-mail)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

1. **WYCHOWANKOWIE UCZĘSZCZAJĄCY DO PLACÓWKI W DANYM MIESIĄCU – dane liczbowe** (w tabeli nie mogą być wykazane dzieci poniżej 2,5 roku życia, a także dzieci objęte nauczaniem domowym).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Liczba wychowanków ogółem |  |
| 2. | Liczba wychowanków zamieszkałych na terenie Gminy Gnojnik |  |
| 3. | Liczba wychowanków bez orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| 4. | **Uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** - **rodzaj niepełnosprawności** | **Liczba uczniów** |
| **Ogółem** | **W tym, którzy ukończyli 6 lat lub więcej w roku bazowym** |
| 4.1 | Niesłyszący, słabosłyszący, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym  |  |  |
| 4.2 | Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim, niewidomi, słabowidzący, niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazja |  |  |
| 4.3 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale specjalnym  |  |  |
| 4.4 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale integracyjnym  |  |  |
| 4.5 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale ogólnodostępnym z tygodniową liczbą godzin wsparcia powyżej 10 godzin  |  |  |
| 4.6 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale ogólnodostępnym z tygodniową liczbą godzin wsparcia od 6 do 10 godzin  |  |  |
| 4.7 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale ogólnodostępnym z tygodniową liczbą godzin wsparcia od 3 do 5 godzin  |  |  |
| 4.8 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale ogólnodostępnym z tygodniową liczbą godzin wsparcia od 1 do 2 godzin |  |  |
| 4.9 | Niepełnosprawność sprzężona, autyzm, w tym z zespół Aspergera | W oddziale ogólnodostępnym - brak godzin wsparcia |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

1. **WYCHOWANKOWIE UCZĘSZCZAJĄCY DO PLACOWKI W DANYM MIESIĄCU Z ORZECZENIEM O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO ORAZ OBJĘTYCH WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU – dane osobowe zgodne z wykazem w dzienniku zajęć (**w tabeli nie mogą być wykazane dzieci poniżej 2,5 roku życia, a także dzieci objęte nauczaniem domowym).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miejscowość zamieszkania** | **Data urodzenia** | **Nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, data wpływu dokumentu do placówki, data ważności dokumentu** | **Rodzaj niepełnosprawności**(na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego) | **Dziecko objęte wczesnym wspomaganiem rozwoju (TAK/NIE) – nr opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, data wpływu dokumentu do placówki, data ważności dokumentu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Aktualna liczba dzieci objętych **wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka**: ………………………………….
2. Aktualna liczba dzieci uczęszczających na **zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze** ……………………………….
3. Liczba uczniów lub wychowanków podmiotu oświatowego spełniających inną przesłankę - zwiększającą dotację naliczaną według konkretnej wagi - określonej w rozporządzeniu ME
w sprawie sposobu podziału łącznej kwoty potrzeb oświatowych miedzy jednostkami samorządu terytorialnego w danym roku budżetowym (podać numer wagi P …. i aktualną liczbę uczniów):

Waga ………………….. – liczba uczniów ………………………….

Waga ………………….. – liczba uczniów ………………………….

Waga ………………….. – liczba uczniów ………………………….

1. **DZIECI NIEBĘDĄCE WYCHOWANKAMI PLACÓWKI REALIZUJACE
W PLACÓWCE ZAJĘCIA W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU na podstawie art. 127 ust. 5 i 8 ustawy – Prawo oświatowe – zgodnie z wykazem w dzienniku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju** | **Data wpływu dokumentu do placówki** | **Data ważności dokumentu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3….. |  |  |  |

1. **WYCHOWANKOWIE NIEBĘDĄCY MIESZKAŃCAMI GMINY GNOJNIK UCZĘSZCZAJĄCY DO PLACÓWKI W DANYM MIESIĄCU –** niebędących uczniami niepełnosprawnymi, uczniami z Ukrainy posiadający status legalnego pobytu oraz którzy ukończyli 6 lat lub więcej w roku bazowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko ucznia, niebędącego mieszkańcem gminy dotującej** | **Data urodzenia ucznia** | **Adres zamieszkania ucznia** | **Nazwa i adres gminy, właściwej na miejsce zamieszkania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. …
 |  |  |  |  |

**Imię i nazwisko osoby sporządzającej zestawienie …………………………Nr tel. ……………….**

**Imię i nazwisko osoby prowadzącej placówkę: ……………………………….Nr tel. ………………**

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że są mi znane przepisy Uchwały Nr XLII/373/2022 Rady Gminy Gnojnik z dnia 12 grudnia 2022 r. zmienionej Uchwałą Nr …… Rady Gminy Gnojnik z dnia ……… 2025 roku
w sprawie ustalania trybu udzielania i rozliczania dotacji dla niepublicznych przedszkoli
i niepublicznych innych form wychowania przedszkolnego oraz trybu i zakresu kontroli prawidłowości jej pobrania i wykorzystania.

Zobowiązuje się do udzielenia wszelkich dodatkowych informacji nieujętych w niniejszym piśmie,
a potrzebnych do ustalenia właściwej wysokości dotacji.

***…………………………………………*  ………………………………………**

 *(miejscowość, data)* *(pieczątka imienna i czytelny podpis osoby fizycznej lub przedstawiciela osoby prawnej prowadzącej dotowany podmiot*)

Załącznik Nr 3 do uchwały …..

Rady Gminy Gnojnik z dnia …… 2025 roku.

……………………………………………

 (pieczątka placówki)

**Wójt Gminy Gnojnik**

**Rozliczenie dotacji oświatowej otrzymanej z budżetu Gminy Gnojnik za rok ……………**

1. Pełna nazwa i adres podmiotu dotowanego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................

1. Pełna nazwa i adres organu prowadzącego przedszkole:

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

1. Kwota dotacji (od początku roku do końca okresu sprawozdawczego otrzymana na uczniów pełnosprawnych:…………………. zł; wykorzystana: ……………………… zł.

Kwota dotacji (od początku roku do końca okresu sprawozdawczego) na kształcenie specjalne, otrzymana: ………………… zł; wykorzystana: ……………………… zł.

1. Informacja o ilości uczniów przedszkola i kwocie dotacji otrzymanej przez przedszkole w roku ………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **Uczniowie pełnosprawni** | **Uczniowie posiadający orzeczenie-potrzeba kształcenia specjalnego** | **Uczniowie objęci wczesnym wspomaganiem rozwoju** | **Ogółem przekazana kwota dotacji ( kol.4+kol. 6+kol.8)** |
| **Ilość uczniów** | **Przekazana kwota dotacji** | **Ilość uczniów** | **Przekazana kwota dotacji** | **Ilość uczniów** | **Przekazana kwota dotacji** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
| 1. | Styczeń |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Luty |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Marzec |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Kwiecień |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Maj |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Czerwiec |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Lipiec |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Sierpień |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Wrzesień |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Październik |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Listopad |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Grudzień |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |  |  |

1. Faktyczna liczba uczniów przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego spoza terenu Gminy Gnojnik – niebędących: uczniami niepełnosprawnymi, uczniami z Ukrainy posiadających status pobytu legalnego oraz którzy ukończyli 6 lat lub więcej w roku bazowym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **Liczba ogółem** | **W tym liczba dzieci i nazwa gminy, z terenu której pochodzą dzieci** |
| Styczeń |  |  |
| Luty |  |  |
| Marzec |  |  |
| Kwiecień |  |  |
| Maj |  |  |
| Czerwiec |  |  |
| Lipiec |  |  |
| Sierpień |  |  |
| Wrzesień |  |  |
| Październik |  |  |
| Listopad |  |  |
| Grudzień |  |  |

1. Zestawienie wydatków bieżących sfinansowanych z dotacji, a poniesionych na dofinansowanie realizacji zadań w zakresie kształcenia, wychowania i opieki, w tym kształcenia specjalnego
i profilaktyki społecznej w okresie rozliczeniowym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku** | **Kwota na pokrycie wydatków dla uczniów PEŁNOSPRAWNYCH** | **Kwota wydatków na realizację orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego i indywidualnych programów terapeutycznych** | **Kwota pozostałych wydatków na uczniów niepełnosprawnych sfinansowania z dotacji specjalnej** | **Kwota wydatku na uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju** |
| **A** | **WYNAGRODZENIA RAZEM, W TYM** |  |  |  |  |
| 1. | Wynagrodzenia nauczycieli i wicedyrektorów |  |  |  |  |
| 2. | Wynagrodzenie osoby fizycznej prowadzącej dotowany podmiot za pełnienie funkcji dyrektora podmiotu dotowanego |  |  |  |  |
| 3. | Wynagrodzenie nauczycieli i pozostałych pracowników wychowawczo-opiekuńczych oraz obsługi organizacyjno-finansowej |  |  |  |  |
| 4. | Pochodne od wynagrodzeń, o których mowa w pkt. 1-2 |  |  |  |  |
| **B** | **WYDATKI RZECZOWE**  |  |  |  |  |
| 5. | Zakup materiałów i wyposażenia |  |  |  |  |
| 6. | Opłaty za media |  |  |  |  |
| 7. | Zakup pomocy dydaktycznych |  |  |  |  |
| 8. | Zakup usług |  |  |  |  |
| 9. | Wynajem pomieszczeń |  |  |  |  |
| 10. | Pozostałe wydatki bieżące – wymienić jakie: |  |  |  |  |
| **C** | **ZAKUP ŚRODKÓW TRWAŁYCH ORAZ WARTOŚCI NIEMATERIALNYCH I PRAWNYCH** |  |  |  |  |
| 11. | Zakup środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o finansowaniu zadań oświatowych (*książki i inne zbiory biblioteczne,**środki dydaktyczne służące procesowi dydaktyczno-wychowawczemu realizowanemu w przedszkolu, sprzęt rekreacyjny i sportowy, meble ,pozostałe środki trwałe oraz wartości niematerialne i prawne* |  |  |  |  |
| **SUMA WYDATKÓW:** |  |  |  |  |
| **KWOTA DOTACJI NIEWYKORZYSTANEJ:** |  |

1. Zestawienie dokumentów, na podstawie których sporządzono rozliczenie wykorzystania dotacji stanowi integralną część rozliczenia wykorzystania udzielonej dotacji;

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dowód księgowania (faktura/rachunek/ lista płac)** | **Dokument z dnia** | **Data zapłaty** | **Kwota wydatku** | **Przeznaczenie wydatku** | **Rodzaj wydatku (tabela 6 np. A1, C1…)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem kwota wydatków zrealizowanych z dotacji** |  |

1. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, iż dotacja została wykorzystana zgodnie z art. 35 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. 2024 poz. 754 ze zm.).

**………………………………………. …………………………………**

*(Miejscowość i data)*  (*pieczątka i podpis osoby*

*prowadzącej przedszkole)*

**Przewodniczący Rady Gminy**

 **mgr. inż. Paweł Prus**

**Uzasadnienie**

Podstawę prawną podjęcia niniejszej uchwały stanowi art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1
i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 ze zm.) oraz art. 38 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych
(Dz. U. z 2024 r. poz. 754 ze zm.). Podjęcie uchwały jest podyktowane uchwaleniem ustawy z dnia 1 października 2024 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1572 ze zm.), która wprowadziła zamiast obecnych części subwencji ogólnej, pojęcie potrzeb finansowych jednostek samorządu terytorialnego oraz zastąpiła część oświatową subwencji ogólnej potrzebami oświatowymi.

Pozostałe zmiany zaproponowane w treści projektu uchwały oraz w załącznikach mają charakter zmian doprecyzowujących procedurę związaną z przekazywaniem i rozliczaniem dotacji. Między innymi: informacje o stanie uczniów dostosowano do nowego modelu finansowania uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera i z niepełnosprawnościami sprzężonymi wyodrębniając liczbę godzin wsparcia uczniów.

Biorąc powyższe pod uwagę zasadna jest zmiana uchwały.