



Wójt Gminy Kiszkowo
ul. Szkolna 2
62-280 Kiszkowo

1. Data wpływu dokumentu (*Wypełnia Urząd*)2. Numer sprawy (*Wypełnia Urząd*)

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

Podstawa prawna: art. 18 ust. 2 pkt 15 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2026 poz. 662)
art. 72 ust. 1 i 4 oraz 91d pkt 1 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. 2026 poz. 515)
Uchwała nr XIX/125/25 Rady Gminy Kiszkowo z dnia 30 grudnia 2025 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

A DANE WNIOSKODAWCY - NAUCZYCIELA

3. Imię	4. Nazwisko	5. Numer PESEL (jeśli nadano)
6. Ulica	7. Numer domu	8. Numer lokalu
9. Miejscowość	10. Kod pocztowy	11. Numer telefonu

A1 DANE PEŁNOMOCNIKA¹⁾

12. Nazwisko	13. Imię/Imiona
--------------	-----------------

¹⁾ W przypadku składania wniosku przez pełnomocnika, należy dołączyć oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa wraz z dowodem uiszczenia opłaty skarbowej za udzielenie pełnomocnictwa.

A2 DANE DO KORESPONDENCJI

14. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż wskazany)	15. Adres e-Doręczeń (nieobowiązkowo)
---	---------------------------------------

B TREŚĆ WNIOSKU

B1 DANE INFORMACJE DOTYCZĄCE NAUCZYCIELA

16. Miejsce pracy nauczyciela w dniu złożenia wniosku, a w przypadku nauczyciela- emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - miejsce, w którym nauczyciel korzysta z usług i świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych

17. Wniosek dotyczy świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej na (zakreśl słowo TAK, aby wskazać właściwe):

17.1.	TAK	pokrycie wydatków związanych z koniecznością np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków, osób u których orzeciono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą;
17.2.	TAK	leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup urządzeń rehabilitacyjnych, konsultacje lekarskie osób, które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu;
17.3.	TAK	długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne (powyżej 30 dni);
17.4.	TAK	turnusy rehabilitacyjne lub leczenie uzdrowiskowe przysługujące na podstawie skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
17.5.	TAK	zalecony zakup szkielek korekcyjnych;
17.6.	TAK	usługi z zakresu protetyki dentystycznej lub stomatologii u osób, które muszą z nich skorzystać ze względów estetycznych i zdrowotnych;
17.7.	TAK	zakup aparatu słuchowego;
17.8.	TAK	profilaktykę zdrowotną w zakresie szczepień ochronnych;
17.9.	TAK	zakup wyrobów medycznych, sprzętu medycznego, urządzeń rehabilitacyjnych lub innego sprzętu ortopedycznego umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej przysługujących na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza - w związku z poniesionymi z ww. tytułów wydatkami;
17.10.	TAK	dodatkową opiekę zdrowotną świadczoną przez opiekuna czy pielęgniarkę;

17.11.	TAK	długotrwałą rehabilitację (powyżej 30 dni), w tym związaną z chorobą zawodową i po wypadku;
17.12.	TAK	długotrwałe leczenie specjalistyczne (powyżej 30 dni), wsparcie osób, które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji zdrowotnej, obejmującej zakres kilku ww. zapisów.
18. Przebieg choroby oraz okoliczności z tym związane (<i>np. przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety</i>);		
19. Wysokość udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia (w zł)		zł
20. Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny. Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód brutto na członka rodziny (ze wszystkich źródeł z okresu trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku) wyniósł:		zł
21. Dodatkowe uzasadnienie		
B2 BANK / NUMER KONTA - W przypadku przyznania świadczenia		
22. Nazwa Banku		23. Dane właściciela rachunku bankowego
24. Numer Konta		
B3 SPOSÓB ODBIORU DECYZJI		
25. Decyzję odbiorę (<i>zakreśl słowo TAK, aby wskazać właściwe</i>):		
25.1.	TAK	osobiście w Urzędzie Gminy Kiszkowo
25.2.	TAK	proszę przesłać pocztą na wskazany wyżej adres
25.3.	TAK	proszę przesłać na wskazany wyżej adres e-Doręczeń
B4 OŚWIADCZENIA		
1) Podane we wniosku oraz informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są aktualne i zgodne z prawdą.		
2) Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie oraz udostępnianie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb uzyskania świadczenia przyznawanego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.		
C ZAŁĄCZNIKI		
1. Załącznik nr 1 - aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę potwierdzające fakt istnienia choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne (powyżej 30 dni), leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki;		
2. Załącznik nr 2 - kserokopie imiennych faktur lub rachunków potwierdzających poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.		
Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu Zdrowotnego raz w roku budżetowym. W przypadku składania wniosku w kolejnych latach budżetowych, nie uwzględnia się faktur i rachunków dołączonych do poprzedniego wniosku.		
D PODPIS		
26. Data wypełnienia (<i>dzień-miesiąc-rok</i>)		27. Podpis wnioskodawcy

JAK UZYSKAĆ INFORMACJE O SPRAWIE ?



online

<https://kiszkowo.gmina.plus/>



e-Doręczenia

AE:PL-93552-83135-EAVJA-27



telefonicznie

+48 61 429 70 10



bezpośrednio

**Urząd Gminy Kiszkowo
ul. Szkolna 2, 62-280 Kiszkowo**