

Załącznik do uchwały NR.....
Zarządu Powiatu w Kielcach
z dnia.....

161/53/2026
25 lutego 2026 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko

.....

2. Adres zamieszkania

.....

3. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć X)

czynny zawodowo	<input type="checkbox"/>
rencista/emeryt	<input type="checkbox"/>
pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	<input type="checkbox"/>

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznane świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej (wnioskujący uzupełnia dane rachunku bankowego dopiero po uzyskaniu pozytywnej decyzji o przyznaniu świadczenia)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego, nazwa banku.....

.....

5. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z (właściwe zaznaczyć X):

Chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą wymagającą stałych konsultacji lekarskich, przyjmowania leków, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/>
Długotrwałym leczeniem szpitalnym	<input type="checkbox"/>
Wypadkiem lub zdarzeniem losowym wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/>
Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/>

6. Uzasadnienie złożenia wniosku:

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

7. Załączniki do wniosku:**

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

8. Oświadczenie o dochodzie

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto za rok poprzedzający złożenie wniosku, wyniósł w mojej rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę.....zł netto (słownie:).

Jestem świadomy/a* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

II. Decyzja Starosty Kieleckiego:

1. Starosta Kielecki *przyznaje/ nie przyznaje** pomoc zdrowotną dla wnioskodawcy w formie świadczenia pieniężnego w wysokości (słownie:złotych).

2. Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej):
.....
.....
.....

.....
(podpis Starosty Kieleckiego)

*niepotrzebne skreślić

** do wniosku należy dołączyć:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione nie później niż miesiąc przed datą złożenia wniosku, potwierdzającego fakt: istnienia choroby, długotrwałego leczenia specjalistycznego, konieczność zakupu wyrobów medycznych, środków pomocniczych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Oryginały imiennych dokumentów potwierdzających poniesione koszty.
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu wnioskodawcy w placówce, w której aktualnie jest lub był zatrudniony.