

ZARZĄDZENIE NR 9/2026

WÓJTA GMINY FABIANKI

z dnia 28 stycznia 2026 roku

w sprawie określenia wzoru wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Fabianki

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) w związku z uchwałą Nr XIV/156/2025 z dnia 16 grudnia 2025 r. w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Fabianki oraz warunki i sposób ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Kuj.-Pom. z 2026 r. poz. 59) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustalam wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Wpłata przyznanego świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli będzie następować nie później niż do 31 grudnia danego roku budżetowego.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Fabianki



Zbigniew Słomski

WÓJT GMINY FABIANKI**WNIOSEK****O PRYZYKNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY:	
IMIE I NAZWISKO:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)	☐ CZYNNEGO ZAWODOWO
	☐ EMERYTA
	☐ RENCISTY
	☐ OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE
2.OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL):	
NAZWA SZKOŁY:	
ADRES SZKOŁY:	
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych)	
NAZWA SZKOŁY:	
ADRES SZKOŁY:	
4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRYZNANĄ POMOC ZDROWOTNĄ:	
5. UZASADNIENIE WNIOSKU :	

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE:**

LP.	DATA FAKTURY / RACHUNKU	NUMER FAKTURY / RACHUNKU	CEL/ RODZAJ WYDATKU	KWOTA [ZŁ]
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
WYDATKI OGÓŁEM:				

7. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU:

LP.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
☐ 1	AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCE DŁUGOTRWAŁĄ CHOROBE (CHOROBA NIEULECZALNA, PRZEWLEKŁA), DŁUGOTRWAŁE LECZENIE SPECJALISTYCZNE	
☐ 2	ORYGINAŁY IMIENNYCH DOKUMENTÓW (RACHUNKI FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCYCH ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH, INNYCH	
☐ 3	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU, POŚWIADCZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM	
☐ 4	ORYGINAŁY DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH WYDATKI NA PRZEJAZD BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANY Z POMOCĄ ZDROWOTNĄ	
☐ 5	ORYGINAŁY DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE	
☐ 6	ORYGINAŁY INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI - WYMIENIĆ.....	

.....
MIEJCOWOŚĆ I DATA.....
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:

Wymiar zatrudnienia w dniu składania wniosku:
Niniejszym potwierdzam że Pani/Pan:
nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.
Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.

.....
PIECZĘĆ SZKOŁY

.....
DATA I PODPIS DYREKTORA