

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) -

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto*) w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi zł.

Ostatni raz ze świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Była to pomoc przeznaczona na.....

.....

.....
(Podpis nauczyciela)

*) Pouczenie:

Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się m.in.: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, emerytury, renty, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.