

OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....
nazwisko i imię nauczyciela

.....
adres i nr telefonu

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

| L.p. | Osoby w rodzinie /rodzaj dochodu | Liczba osób/wysokość dochodu* (netto) |
|------|---|--|
| 1. | Liczba osób w rodzinie (dot. wnioskodawcy i wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) | |
| 2. | Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | |
| 3. | Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | |
| 4. | Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3) | |
| 5. | Średni miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 podzielona przez poz. 1 / podzielone przez 3 miesiące) | |

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł dochodu, po opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§ 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania pomocy.

.....
(data i czytelny podpis)