Załącznik nr 2
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód brutto/dochód brutto mojej rodziny w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł .....zł, słownie w zł: ..... .

Liczba osób w rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osoby/osób.

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

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

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

.....
(data i czytelny podpis)