Załącznik nr 2

do Regulaminu przyznawania

pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**OŚWIADCZENIE**

**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

…………………..........................................................................................................................

Nazwisko i imię nauczyciela

………………………..................................................................................................................

Adres i telefon

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

Oświadczenie o dochodach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy | Wysokość dochodu\*  brutto (w zł) |
| 1 | **Liczba osób w rodzinie** (dot. 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 brutto przypadający na jednego członka rodziny** (poz. 4 : poz. 1, podzielony przez 3) |  |

\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających 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 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

**Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku** ............

Świadoma(y) 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 tej pomocy.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)