**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA**

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

 miejscowość, data

**WNIOSKODAWCA**

Imię i nazwisko .................................................................................................................

Adres zamieszkania …......................................................................................................... Telefon kontaktowy ............................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Liczba osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela\* |  |
| 2 | Dochód\*\* netto nauczyciela ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej  |  |
| 3 | Dochód\*\* netto pozostałych osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej |  |
| 4 | Łączny dochód netto osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2+ poz.3) |  |
| 5 | Średni miesięczny dochód przypadający na jedną prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz.4/ poz.1/ 3m-ce) |  |

Ostatni raz ze świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej korzystałam (em) w roku ..................... Była to pomoc przeznaczona na ............................................................................................

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

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

(Podpis nauczyciela)

\*dotyczy wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela.

\*\*Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (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 cywilnoprawnej: umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.