Załącznik do wniosku o przyznanie pomocy
zdrowotnej dla nauczyciela

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

.....

(adres zamieszkania i tel. kontaktowy)

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie):
.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku,
wynosi..... zł*
słownie .....

* Za dochód uważa się wszelkie przychody bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania (m.in. z tytułu alimentów, wszelkich zasiłków, takich jak np. zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, świadczenie wychowawcze, bez wypłat jednorazowych, oraz z tytułu działalności gospodarczej, stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, prowadzenia gospodarstwa rolnego, pomniejszone o składki na ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie społeczne) uzyskane w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

....

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)