# OŚWIADCZENIE

**o sytuacji materialnej nauczyciela**

Nazwisko i imię nauczyciela: …………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Informacja o średnich dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną dla nauczycieli:

| Lp. | Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy | Liczba osób w rodzinie/ Wysokość dochodu brutto (w złotych) |
| --- | --- | --- |
| 1. | LICZBA OSÓB W RODZINIE POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓŁNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM |  |
| 2. | WYSOKOŚĆ DOCHODU (BRUTTO) PRZYPADAJĄCEGO NA CZŁONKA RODZINY NAUCZYCIELA Z OSTATNICH TRZECH MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH TERMIN ZŁOŻENIA WNIOSKU O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ |  |

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)