Załącznik nr 2 do Uchwały Nr XLVIII/276/2017  
Rady Miejskiej w Łęczycy  
z dnia 6 kwietnia 2017 r.

**OŚWIADCZENIE**

**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

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

(imię i nazwisko nauczyciela)

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

(adres zamieszkania, nr telefonu)

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

Oświadczenie o dochodach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby w rodzinie/rodzaj dochodu** | **Liczba osób/**  **wysokość dochodu\***  **brutto (w zł)** |
| 1. | Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) |  |
| 2. | Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |  |
| 3. | Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnych 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 podzielona przez poz. 1/podzielone przez 3 miesiące) |  |

\* 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 trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie 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 pomocy.

…………..………………... .................................................. (miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)