Załącznik

do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej

**OŚWIADCZENIE**

**o dochodach**

Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Data****urodzenia** | **Stopień****pokrewieństwa** | **Miejsce pracy/nauki** | **Miesięczny dochód brutto w zł\*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Suma miesięcznych dochodów osób w rodzinie:** |  |
| **Miesięczny dochód na osobę w rodzinie:** |  |

\*dotyczy miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku

…………………………………………. ………………………………………….

 (miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy)