**Załącznik nr 2**

.....................................................................  
(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA**

**WNIOSKODAWCA**

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

Adres zamieszkania: .................................................................................................................................

Telefon kontaktowy: ………….………………........................................................................................

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne  
gospodarstwo domowe) - ...... .

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto\*) w przeliczeniu na jednego członka rodziny   
z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi ...................... zł.

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

........................................ (Podpis nauczyciela)

\*) Pouczenie:

Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (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.