Załącznik Nr 2 do Uchwały
Nr XV/94/2015 Rady Miejskiej w Okonku
z dnia 27 października 2015 r.

OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i telefon

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi zasiłku pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto(w zł)
1.	**Liczba osób w rodzinie** (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2.	**Dochód nauczyciela** ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3.	**Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny** pozostających we wspólnym 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: poz. 1)	

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z pomocy społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam/em w roku .....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie 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 tej pomocy.

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