

Załącznik Nr 2 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przedszkola i szkół prowadzonych przez Gminę Włodowice oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Imię i nazwisko nauczyciela:

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że średni dochód miesięczny brutto przypadający na jednego członka rodziny w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi zł*

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)