

**Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli Zespołu Szkół nr 3 w Ostrowcu Świętokrzyskim**

OŚWIADCZENIE

osoby uprawnionej do świadczeń z funduszu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli czynnych zawodowo i nauczycieli emerytowanych Zespołu Szkół nr 3 w Ostrowcu Świętokrzyskim o dochodach:

Ja niżej podpisany/-na, niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód* brutto z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku, wszystkich członków mojej rodziny**

wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wynosił

.....zł, co po podzieleniu na osób/y stanowi zł na osobę.

Jednocześnie zobowiązuję się do informowania (niezwłocznie) o wszelkich zmianach dotyczących w/w danych.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Pouczenie

*do wysokości dochodu wlicza się łącznie wszystkie dochody z tytułu emerytur i rent, umów o pracę, umów zleceń, umów o dzieło, praw autorskich pokrewnych, prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej i dochodów z prowadzonego gospodarstwa rolnego oraz innej działalności podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu. Uzyskiwany dochód należy potwierdzić odpowiednimi dokumentami.

**za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci pozostające na utrzymaniu wnioskodawcy do ukończenia 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły -24 lat albo 25 lat, jeżeli odbywają studia w szkole wyższej, a ukończenie 24 lat przypada na ostatni lub przedostatni rok studiów, albo stały się inwalidami I lub II grupy przed osiągnięciem wieku określonego powyżej.

II. O sposobie przekazania świadczenia socjalnego

1. Na rachunek bankowy nr,
nazwa banku

2. Przekazem pocztowym na adres zamieszkania (po potrąceniu opłat)

.....
.....

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)