**Oświadczenie**

**o dochodach rodziny dla celów przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

1. Oświadczam, że moja rodzina uzyskała dochody brutto za poprzedni rok kalendarzowy w

wysokości:

|  |  |
| --- | --- |
| Razem dochód (brutto) |  |

2. Oświadczam, że z dochodu tego poza mną utrzymują się następujące osoby:

- małżonek ……………………………

- dzieci:

1. ……………………………………

2. ……………………………………

3. ……………………………………

4. ……………………………………

……………………………………… …………………………...

(miejscowość, data) (podpis osoby składającej oświadczenie)

W oświadczeniu należy uwzględnić wszystkie dochody uzyskane przez członków rodziny (uprawnionego,

małżonka, dzieci) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, osiągnięte w poprzednim roku

kalendarzowym i wykazane w rocznym zeznaniu podatkowym za ubiegły rok kalendarzowy.

DECYZJA Starosty Wąbrzeskiego

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………. ………………………………………

(data) (podpis Starosty Wąbrzeskiego)