Załącznik nr 2 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego

 dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

………………………………….

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

………………………………….

………………………………….

(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto\* z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę ……………… zł. (słownie) ………………………………………………………………………

Sposób wyliczenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1 : przez 3 miesiące) |  |

…………………………………… ……...……………………………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

\* - Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. 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 cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło, dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).