……………………………………………………..

 (imię i nazwisko nauczyciela)

……………………………………………………..

 (adres)

…………………………………………………..

 (nr telefonu)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………)

 ……………………………………………… (podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH LECZENIA**

 Oświadczam, że poniesione koszty leczenia za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniosły:

1. Zakup leków i materiałów medycznych - ……………………………………………
2. leczenie specjalistyczne - ……………………………………………
3. zakup sprzętu rehabilitacyjnego - ……………………………………………
4. Inne ……………...……………………………………….. - …………………………………………..

…………………………………………

 (podpis wnioskodawcy)

Świadomy odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………….. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)