

WYDZIAŁ EDUKACJI

Starostwo Powiatowe w Lublińcu
ul. Paderewskiego 7 (pokój nr 16)
tel.: 34 35 10 500, 530 007 861
we@lublinieci.starostwo.gov.pl

**POWIAT
LUBLINIECKI**

Znak sprawy:

Numer formularza: WE.2

Wnioskodawca

(nazwisko i imię / nazwa)

Stanowisko

(nauczyciel, emeryt, rencista)

Szkoła lub Placówka

(szkoła lub placówka, w której wnioskodawca jest lub był
zatrudniony)

Oświadczenie o dochodach rodziny

uzyskanych w ciągu trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku tj. od _____ do _____

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób i w podanym wyżej okresie dochody moje i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyniosły:

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Wysokość dochodu netto	Uwagi
Łączny dochód wszystkich członków rodziny					

Średni miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny wynosi _____ zł.

Wnioskujący:

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(miejscowość, data)