

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że *średni dochód miesięczny (brutto)* mojego gospodarstwa domowego ze wszystkich źródeł za rok kalendarzowy poprzedzający ubieganie się o pomoc zdrowotną

wynosi:

słownie zł:

W przeliczeniu na 1 członka rodziny wynosi:

słownie zł:

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Dyrektor Szkoły Podstawowej im. Ignacego Krasickiego w Świątajnie przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości:

słownie zł:

.....

(data i podpis dyrektora)