

Załącznik

do uchwały Nr XXVI/217/09

Rady Gminy Zbuczyn

z dnia 29 kwietnia 2009 r.

**W N I O S E K O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ
Z PRZEZNACZENIEM NA POMOC ZDROWOTNĄ**

1. Nazwisko i imię wnioskodawcy
2. Adres zamieszkania -
3. Miejsce pracy -
4. Średni miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny w roku poprzedzającym rok złożenia wniosku
5. Wnioskowana wysokość pomocy finansowej -
5. Uzasadnienie wniosku ze szczególnym uwzględnieniem stanu zdrowia:
.....
.....
.....

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego.

(data , miejscowość)

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1.....

3.....

2.

4.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Stanisław Górka