

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI MIESIĘCZNYCH DOCHODÓW
PRZYPADAJĄCYCH NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY, OBLICZANE NA
PODSTAWIE WYSOKOŚCI DOCHODÓW UZYSKANYCH W OKRESIE 3 MIESIĘCY
POPZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU O PRYZNANIE ZAPOMOGI
ZDROWOTNEJ**

.....
(imię i nazwisko)
.....
(adres zamieszkania)
.....
(miejsce pracy)
.....
(stanowisko)
.....
(nr emerytury - renty w przypadku emerytów i rencistów)
.....
(nr tel., e-mail itp.)

Średni miesięczny dochód brutto* przypadający na wszystkich członków rodziny *za ostatnie 3 miesiące* wynosił:
.....zł

Łączna suma średnich dochodów wszystkich osób wynosi: zł
Liczba osób uwzględniana przy wyliczeniu:
Średni dochód miesięczny przypadający na osobę wynosi: zł

Zgodnie z art. 75 Kodeksu postępowania administracyjnego, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i podpis wnioskującego)

Objaśnienia do informacji:

*) oznacza łączny przychód za ostatnie 3 miesiące (pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne), każdego członka rodziny i podzielony przez 3.