Załącznik nr 1 do wniosku

o przyznanie pomocy zdrowotnej

w formie bezzwrotnego

zasiłku pieniężnego

**OŚWIADCZENIE**

**o aktualnym miesięcznym dochodzie netto przypadającym na jednego członka rodziny wnioskodawcy**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………… oświadczam,   
że aktualny dochód netto na jednego członka rodziny wynosi …………… zł.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data i miejscowość) (czytelny podpis wnioskodawcy)*