

WNIOSEK

o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na lata 2019-2022

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul.

Dane dotyczące osoby uprawnionej oraz dane osób spokrewnionych i niespokrewnionych pozostających w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących z osobą uprawnioną:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Źródło dochodu (utrzymania)	Dochód* netto uzyskany w miesiącu
		wnioskodawca			

* dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

