

Załącznik do Koszalińskiego Programu
„Lek dla Seniora” na lata 2025-2027

WNIOSEK

o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na rok 2025/2026/2027*

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul.

Telefon

Imię i nazwisko, adres zamieszkania i nr telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy.....

Adres e-mail:.....

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			

* podkreślić właściwe

** dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów **z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku** lub w przypadku utraty dochodu **z miesiąca złożenia wniosku** (przy dochodzie netto nie odlicza się potrąceń komorniczych).

