**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie** wnioskodawcy o dochodach brutto

przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy

poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny wynosi:

* 1. Wysokość wynagrodzenia /emerytury /renty brutto ......................................
	2. Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie ................................
	3. Dochody współmałżonka ..................................................................................

Ilość osób w rodzinie na utrzymaniu ......................................

Średni miesięczny dochód brutto na osobę ..............................................................

Chełmsko Śląskie, dnia ......................................

/ podpis wnioskodawcy/

**Przyznane świadczenie zdrowotne:**

🗆 odbiorę osobiście ,

🗆 proszę przekazać na mój rachunek bankowy**\***

 Nr …….………………………………………………………………….………………..….

**\* właściwe podkreślić**

 .....................................

/ podpis wnioskodawcy/