

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO UZYSKANYCH W MIESIĄCU
POPZEDZAJĄCYM ZŁOŻENIE WNIOSKU**

Dane wnioskodawcy:

1.
Imię i nazwisko
2.
Pesel
3.
Adres zamieszkania

Dane osoby składającej oświadczenie:

1.
Imię i nazwisko
2.
Adres zamieszkania
3.
Stopień pokrewieństwa w stosunku do wnioskodawcy

Lp.	Źródło dochodu wnioskodawcy	Kwota dochodu
1.		
2.		
3.		

Nie posiadam innych dochodów oprócz wyżej wymienionych.

Lp.	Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym	Kwota dochodu
1.		
2.		
3.		

Do oświadczenia dołączam dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętych dochodów:

1.
2.
3.

W przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym składający oświadczenie ponosi odpowiedzialność według przepisów prawa karnego.

Oświadczam, że w przypadku każdorazowej zmiany wysokości dochodu osoby przebywającej w ZOL albo osób zobowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w ZOL, zobowiązuje się poinformować o tym Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie