Załącznik nr 2

do Uchwały Nr X/55/11

Rady Miejskiej w Nowem

z dnia 29 czerwca 2011 r.

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OSIĄGNIĘTEGO DOCHODU**

Zgłaszam następujące dane:

1. Ilość członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie (podać wiek dzieci)

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

2. Ustalenia dotyczące sytuacji materialnej:

Miesięczny dochód Wnioskodawcy (średnia z 3 ostatnich miesięcy) brutto -.................

Zasiłek rodzinny -.................

Miesięczny dochód współmałżonka (średnia z 3 ostatnich miesięcy)brutto -.................

Zasiłek rodzinny -.................

Razem średni miesięczny dochód -.................

Średni dochód na osobę w rodzinie wynosi -.................

Świadoma/y odpowiedzialności karnej art. 247 Kodeksu Karnego, oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku fakty są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 (data i podpis wnioskodawcy)

**Opinia Zespołu Oceny Wniosków.**

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

Proponowana wysokość pomocy finansowej ......................

Podpisy członków Zespołu

1..........................

2. ........................

3. ........................

4. ........................

**Rozstrzygnięcie Burmistrza Nowego**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości\* ......................

 (kwota)

Odmawiam przyznania pomocy\*

Nowe, dnia ...............……………………………………..................

 (podpis)

\*niepotrzebne skreślić