

Załącznik do programu osłonowego dla Gminy Mielnik
w zakresie pomocy lekowej jej mieszkańcom

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY NA ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW NA LEKI

1. Wnioskodawca:
2. Adres zamieszkania : 17-307 Mielnik
3. Skład rodziny i innych osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy, nauki	Dochód
1		wnioskodawca			
2					
3					
4					
5					

4. Łączny dochód (rodziny)
5. Wysokość poniesionych wydatków na leki w miesiącu

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Mielnik, dnia _____-_____-2025r.

.....
(podpis)