

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

Zarząd Fundacji Zachodniopomorskiego  
Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych

## WNIOSEK

Wnoszę następujące podanie (wniosek):

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

Prośbę swoją motywuję:

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

### Oświadczenie:

Oświadczam, że przedstawiłem pracownikowi socjalnemu dane dotyczące moje dochodu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jednocześnie jestem świadomy, iż w przypadku wprowadzenia w błąd pracownika oraz Zarząd Fundacji co do opisywanej sytuacji lub wysokości dochodu, skutkować będzie wstrzymaniem decyzji, zmianą decyzji lub koniecznością zwrotu udzielonej pomocy.

.....  
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)