

..... dn.-....-..... r.
(miejsowość)

.....
(nazwa Grupy OPP)

.....
(imię i nazwisko Podopiecznego / Opiekuna prawnego Podopiecznego*)

Oświadczam, że średni miesięczny dochód na rodzinę
..... -osobową wynosi netto/brutto*.

Nasza sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne
sfinansowanie mojego leczenia i rehabilitacji lub innych związanych ze
mną wydatków.

.....
(podpis Podopiecznego / Opiekuna prawnego Podopiecznego*)

- Niepotrzebne skreślić