

Załącznik do Koszalińskiego Programu  
„Lek dla Seniora” na lata 2025-2027

### WNIOSEK

#### o pomoc finansową w ramach Koszalińskiego Programu „Lek dla Seniora” na rok 2025/2026/2027\*

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

PESEL

Adres zamieszkania: Koszalin ul. ....

Telefon .....

Imię i nazwisko, adres zamieszkania i nr telefonu osoby upoważnionej do reprezentowania  
wnioskodawcy.....

Adres e-mail:.....

Dane dotyczące osoby uprawnionej oraz dane osób spokrewnionych i niespokrewnionych pozostających  
w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujących i gospodarujących z osobą uprawnioną:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Źródło dochodu (utrzymania)	Dochód** netto uzyskany w miesiącu .....
		wnioskodawca			

\* podkreślić właściwe

\*\* dochód określony w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którym za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów **z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku** lub w przypadku utraty dochodu **z miesiąca złożenia wniosku** (przy dochodzie netto nie odlicza się potrąceń komorniczych).

