

**Wniosek o pomoc finansow**  
(Załącznik A)

Adres: \_\_\_\_\_  
(Ulica) (Miasto) (Stan) (Kod pocztowy)

Nr tel. domowego: \_\_\_\_\_ Nr tel. słubowego: \_\_\_\_\_ Nr tel. komórkowego: \_\_\_\_\_

**II. Informacje dotyczące gospodarstwa domowego**

<b>Stan cywilny pacjenta:</b> <i>(zaznaczy jedn opcj )</i>	<b>onaty/ zam na</b>	<b>Kawaler/ panna</b>	<b>Rozwodnik/ rozwódka</b>	<b>Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym:</b>
---	--------------------------	---------------------------	--------------------------------	--

## **Wniosek o pomoc finansow**

(Załącznik B)

### **VI. O świadczenie finansowe**

*Poda kwoty należne dot. pacjenta, por. czyciela, mał. onka(-ki) i osób zależnych: (W razie konieczności)*