

....., dn. ____ - ____ - ____ r.
(miasto, data)

Wniosek o zapomogę

Ja, niżej podpisany/a, członek OT OZZL
(imię i nazwisko)

przy
(nazwa i adres szpitala)

zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym:
(seria i numer)

w związku ze znalezieniem się w ciężkiej sytuacji rodzinnej / materialnej / zdrowotnej / życiowej* wynikającej z potrzeby redukcji czasu pracy w związku z epidemią koronawirusa w Polsce w roku 2020 i utratą części/całości swojego dochodu w miesiącu/miesiącach:

..... 2020 r.,

jako konsekwencji epidemii CoV-2-2019 w Polsce, zwracam się do Regionu Mazowieckiego OZZL o zapomogę w wysokości PLN

Oświadczam, że:

1) mój roczny dochód za rok 2019 wynosił: PLN

2) mój dochód za ostatnie 3 miesiące wynosił: PLN

3) mój średni dochód netto na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym w 2019 wyniósł, a za ostatnie 3 miesiące wynosi: PLN

W sytuacji pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proszę o przekazanie środków finansowych na rachunek bankowy o numerze:

_____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

.....
(nr rachunku bankowego i nazwa banku)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego), oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym.

Z poważaniem,

*niepotrzebne skreślić

(data, podpis)