



Załącznik 1a

FAKTURY DO REFUNDACJI (DIAGNOSTYKA, LECZENIE I REHABILITACJA, POPRAWA WARUNKÓW SOCJALNO BYTOWYCH) – ZESTAWIENIE KOSZTÓW

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY _____
ADRES WNIOSKODAWCY _____
NUMER TELEFONU _____

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią **Wykazu wydatków w ramach pomocy społecznej** i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji/poprawy warunków socjalno-bytowych¹:

(Imię i nazwisko, numer PESEL Podopiecznego)

LP.	NUMER DOKUMENTU	KWOTA	OPIS ²
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

¹ Niepotrzebne skreślić

² Opis czego dotyczy faktura wraz z datą wykonania usługi/poniesienia kosztu. Np. „Konsultacja kardiologiczna w dniu 01.01.2020 r.”, „Koszty transportu. Wizyta kontrolna w Centrum Zdrowia MDM w dniu 01.02.2020”, etc.

