**Pomorska Szkoła Wyższa**

**z siedzibą w Starogardzie Gdańskim**

83-200 Starogard Gdański, ul. Kościuszki 112/114, tel. (0-58) 563-00-90

Regon 192488165, NIP 592-19-68-213,

Starogard Gd., dnia ……………..

WNIOSEK O UZNANIE DOCHODU UTRACONEGO

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………..

Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą ………………………………………………

Data utraty dochodu:…………………………………………………………………..

Dochód utracony (kwota miesięczna netto): ………………………………………...…

Powód utraty dochodu: ……………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………….

(data, podpis)

Załączniki:

□ świadectwo pracy,

□zaświadczenie lub umowa z wynagrodzeniem netto,

□inne : …………………………………………………………………………..…………………………..