**Nyilatkozat**

**Alulírott**

|  |  |
| --- | --- |
| nevem: |  |
| lakcímem: |  |
| édesanyám neve: |  |
| születési helyem, ideje: |  |
| igazolvány számom: |  |

büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a hozzátartozóm betegsége miatt **ápolási díjban** részesülök. A folyósított juttatáson kívül máshonan származó jövedelemmel nem rendelkezem.

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| aláírás |

**Tanuk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| név |  | név |
|  |  |  |
| cím |  | cím |
|  |  |  |
| igazolvány száma |  | igazolvány száma |
|  |  |  |
| aláírás |  | aláírás |