

Odpis.

Starostwo Radomskie
Radom dnia 27 października 1920 r.

A^o 5710 / II
I

Do Wzyskich Urzędów
Parafjalnych w powiecie Ra-
domskim. -

Ustawa z Dnia 9 lipca 1920 r. (Dz. R. P. 61 poz. 385)
w sprawie uzupełnienia ustawy z Dnia 26 marca 1920 roku
w przedmiocie nadzwyczajnego dodatku dotychczasowych
kasitków dla inwalidów - wojskowych (Dz. U. A 31 poz. 182)
praxowane zostaly ponadto nadzwyczajne dodatki mie-
sieczne inwalidom, bedącym w niedostatku. Każdy in-
walida ubiegający się o ten nadzwyczajny dodatek wi-
nien jest w myśl § 3 rozporządzenia wykonawczego
z Dnia 23/9 r. b. (Dz. U. R. P. A 83 poz. 558) dotaczyć
do podania wypełniony formularz według zatwierzonego
wzoru, poświadczony przez właściwy Urząd gminny i
Urząd parafjalny (wymagany).

Ponieważ większość zarejestrowanych inwalidów
niekierownie zgłosi rozrachunek do powyższego dodatku,
jest konieczne ścisłe i zgodne z prawdą podawanie dat
i cyfr w formularzach i poświadczanie ich przez powo-
lane urzędy a to w celu oszczędzenia Skarbowi
Państwa nadmiernych a niegodnych z intencją ustawy
wydatków.

Zawiadamiając o powyższym na zasadzie rekręptu
wojewódzkiego Kieleckiego z Dnia 9 października r. b.

L. 3011 / II proszę Urząd parafjalny o poświadczanie
przedstawianych przez inwalidów formularzy po do-
kładnym sprawdzeniu.



Starosta (pod.) Gniwowosk.

Łącznie z oryginałem. Wymierzone D. 25/10 1920 r.

Ks. M. Delowicki

Formularz

do rozporządzenia wykonawczego Ministra Spraw Wojskowych, Ministra Skarbu i Ministra b. Dyktmicy Pruskiej z dnia 23 sierpnia 1920 roku (Dz. Ust. A 83 poz. 558) w sprawie Ustany z dnia 9 lipca 1920 roku (Dz. Ust. A 61 poz. 385). -

1. Imię i nazwisko inwalidy.
2. A, data i miejsce wydania księgi ewidencji inwalidzkiej.
3. Miejsce zamieszkania.
4. Zawód lub zatrudnienie.
5. Czy oddaje się obecnie jakimkolwiek zajęciom zarobkowym i jakim?
6. Wysokości przeciętnego zarobku dziennego względnie stacy miesięcznej.
7. Czy posiada kapitał, majątek ruchomy lub nieruchomy i jaki.
8. Wysokość ogólnych dochodów miesięcznych względnie rocznych.
9. Głosi członków rodziny: ich imiona i wiek.
10. Kto z członków rodziny oddaje się zajęciom zarobkowym i ile zarabia.
11. Czy inwalida przebywa w zakładzie inwalidzkim i jakim.

Deklaracja inwalidy.

Miniejzym zeznaję, że podane przezemnie skłanicności są zgodne z prawdą, zdaję sobie sprawę z tego, że w razie ujawnienia fałszywie zeznanych przezemnie informacji będę pociągnięty do odpowiedzialności sądowo-karnej. . N.N. . dnia. N.N. . 19.. r.

" " "

(podpis inwalidy) . . . N. N. . .

1. Minijera xermanie poświadczam.
Podpis i pieczęć naczelnika gminy.
Podpis i pieczęć Urzędu Parafjalnego.

Objaśnienie.

1. Rubryki należy wypełnić atramentem, jasno, zrozumiale, czytelnie, bez poprawek, Formularz, nie odpowiadający tym wymaganiom, nie będzie brany pod uwagę.
2. Za inwalidę niewłasnowolnego podpisuje formularz jego prawny opiekun.
3. Inwalida niepiśmienny na formularzu odciśnięcie palca w obecności 2 świadków którzy ktadaż swój podpis.
4. W rubryce 8 należy podać tylko imię żony tudzież imiona i wiek dzieci, które nie ukończyły 15 roku życia względnie jeżeli uczęszczają do szkoły — 18 roku życia. —

Zgodno z oryginałem.

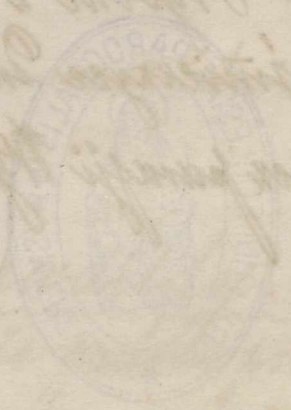
Wyśmierzycie dnia 25 listopada 1920 roku. —
Probowca parafji Wyśmierzycie



K. M. Debowicki

17

[Faint, illegible handwriting throughout the page, likely bleed-through from the reverse side.]



[Faint signature or name, possibly 'J. J. ...']