..... Świebodzice, dnia.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres, tel. kont)

Ośrodek Pomocy Społecznej w Świebodzicach

Proszę o przekazywanie świadczeń:

☐ Z POMOCY SPOŁECZNEJ (zasiłek okresowy, stały, celowy)

☐ RODZINNYCH (zasiłek rodzinny,, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, świadczenie rodzicielskie, jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka) ORAZ ZASIŁKU DLA OPIEKUNA

☐ WYCHOWAWCZYCH (500+)

☐ Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO

☐ POMOCY MATERIALNEJ DLA UCZNIÓW (stypendium szkolne, zasiłek szkolny)

OD MIESIĄCA.....

na niżej wskazany rachunek bankowy

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

.....

podpis osoby uprawnionej do świadczenia