

Świebodzice,

.....
Imię, Nazwisko

.....
Adres

.....
Pesel

.....
Tel. kontaktowy

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)
- DODATKU MIESZKANIOWEGO I ENERGETYCZNEGO
- Z PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH

OD MIESIĄCA

na niżej wskazany rachunek bankowy

.....
podpis osoby uprawnionej do świadczenia