

Margonin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Margoninie
ul. Kazimierza Jankowskiego 4
64-830 Margonin

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Proszę o wydanie zaświadczenia o ustalonym prawie do:

1. świadczeń z pomocy społecznej:
 - zasiłek stały
 - zasiłek okresowy
2. świadczeń rodzinnych:
 - zasiłek rodzinny
 - specjalny zasiłek opiekuńczy¹

Cel wydania zaświadczenia: *ustalenie prawa do najwyższego poziomu dofinansowania z Programu Priorytetowego Czyste Powietrze.*

Wymagany okres pobierania świadczeń:.....

Jednocześnie upoważniam w obecności pracownika tutejszego Ośrodka do odbioru
Pana/Panią.....
legitymującą się dowodem osobistym

(seria, nr)

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Zaznacz właściwe