

PODANIE O POMOC

Imię i nazwisko

Wiek

Adres

Telefon kontaktowy

Proszę o przyznanie

.....

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dochód rodziny w poprzednim	Kwota
miesiącu:	
Zasiłki rodzinne + dodatki	
Zasiłek pielęgnacyjny	
Wynagrodzenie za pracę	
Praca dorywcza	
Gospodarstwo rolne	
Otrzymywane alimenty	
Emerytura	
Renta	
Inne:	

F. H. Plesińscy tel./fax (42) 646-27-21, kom. 608 115 209, 694 531 888

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczenie

Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów w terminie 14 dni od daty złożenia niniejszego podania wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)