

.....
(miejsowość, data)

.....
(telefon kontaktowy)

Miejsko - Gminny
Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. grodowa 9
66-010 Nowogród Bobrzański

PODANIE O POMOC

1. Imię i nazwisko
2. PESEL Nr dowodu osobistego
3. Adres zamieszkania
4. Adres stałego zameldowania

Proszę o przyznanie:

.....
.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby składającej podanie)

W załączeniu:

- 1).....
- 2).....
- 3).....