

**Imię i Nazwisko Wnioskodawcy :**

.....

**Adres zamieszkania :**

.....

.....

**Telefon kontaktowy :**

.....

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Łukasiewicza 2  
37-310 Nowa Sarzyna**

***Wniosek  
o przyznanie świadczenia z pomocy społecznej***

Proszę o przyznanie pomocy : .....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie :**

.....

.....

.....

.....

.....

Zobowiązuję się do niezwłocznego (nie później niż w 7 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku) dostarczenia wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego MGOPS w Nowej Sarzynie dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

### **ZLECENIE PRZELEWU**

Proszę o przekazanie przyznanej pomocy finansowej z MGOPS w Nowej Sarzynie na wskazane przeze mnie konto bankowe, tj. :

Bank : .....

nr konta : .....

### **ODBIÓR DECYZJI ADMINISTRACYJNEJ**

Proszę o telefoniczne powiadomienie (na wskazany przeze mnie numer telefonu) o możliwości odbioru decyzji administracyjnej w siedzibie Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie przy ul. Łukasiewicza 2.

W przypadku braku możliwości osobistego odebrania decyzji administracyjnej w siedzibie MGOPS w Nowej Sarzynie, upoważniam do odbioru niniejszej decyzji :

Pana/Panią.....

zamieszkałą/a.....

(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym.....PESEL.....

.....

**/ Podpis Wnioskodawcy /**