

Sułkowice, dnia

.....
(PESEL)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres c. d.)

.....
(nr tel.)

**Ośrodek Pomocy
Społecznej w Sułkowicach
ul. Sportowa 45,
32-440 Sułkowice**

WNIOSEK

Proszę o przekazywanie wypłat z tytułu:¹

zasiłku z pomocy społecznej

świadczeń rodzinnych

inne:

stypendium szkolnego

funduszu alimentacyjnego

.....²

na konto bankowe nr:

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

¹ Zaznacz właściwe.

² Wpisz rodzaj świadczenia.

.....
(podpis)