

.....

Dąbrowa Górnicza, dnia

.....

.....
(PESEL, imię, nazwisko i adres świadczeniobiorcy)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Dąbrowie Górniczej
Dział Świadczeń Rodzinnych
I Wychowawczych

Proszę o przekazywanie przysługujących mi świadczeń rodzinnych/świadczenia wychowawczego* od miesiąca.....na moje konto osobiste podane poniżej:

└ └ -└ └ └ └ -└ └ └ └ -└ └ └ └ -└ └ └ └ -└ └ └ └ -└ └ └ └

.....

podpis pracownika

.....

podpis świadczeniobiorcy

*niepotrzebne skreślić
