Milicz, dnia .....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....

PESEL .....

Tel.....

Ośrodek Pomocy Społecznej
Dział Świadczeń Rodzinnych
Trzebnicka 2 A
56-300 Milicz

PODANIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dotyczy:

- **Zasiłek rodzinny**
- **Fundusz alimentacyjny**
- **500 +**
- **300 +**
- **Świadczenie rodzicielskie**
- **Świadczenia opiekuńcze**

podpis

Właściwe podkreślić