.....
Imię i nazwisko

.....
Ulica, nr domu

.....
Miejscowość

.....
PESEL

Milicz, dnia .....

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

PODANIE

Proszę o przekazywanie:

- ★ zasiłku rodzinnego
- ★ funduszu alimentacyjnego
- ★ zasiłku pielęgnacyjnego
- ★ świadczenia pielęgnacyjnego
- ★ specjalnego zasiłku pielęgnacyjnego
- ★ zasiłku dla opiekuna
- ★ świadczenie rodzicielskie
- ★ 500 +
- ★ 300 +

od miesiąca ..... na wskazany poniżej rachunek bankowy.

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□

Numer konta bankowego – 26 cyfr

.....
podpis

★ właściwe podkreślić