

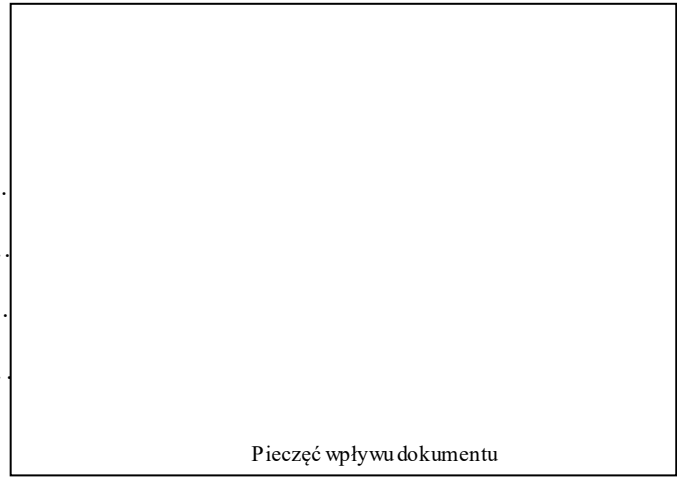
PODANIE O POMOC

Imię i nazwisko.....

Adres:.....

.....

telefon :



Pieczęć wpływu dokumentu

**MIEJSKIE CENTRUM POMOCY RODZINIE
UL. LWOWSKA 57
22-400 ZAMOŚĆ**

Proszę o przyznanie:

.....

.....

.....

.....

UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zamość, dnia.....

.....

(podpis wnioskodawcy)

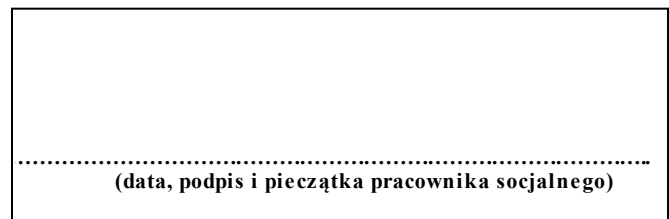
OŚWIADCZENIE

Zobowiązuje się do dostarczenia w terminie 14 dni od daty złożenia niniejszego podania wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

Zamość, dnia.....

.....

(podpis wnioskodawcy)



.....
(data, podpis i pieczęć pracownika socjalnego)