Krzepice, dnia …………………….

............................................................................................................

(imię, nazwisko)

…………………………..…………………………….…….………

(adres zamieszkania)

………………………………………………………..……………

Pesel ........................................................... Nr tel. ……………..………………………

Dane drugiego członka rodziny:

…………………………………..………………………….…..……

………………………………………………………...……..…..…..

(imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

 **Kierownik**

 **Miejsko-Gminnego Ośrodka**

 **Pomocy Społecznej w Krzepicach**

**W N I O S E K**

**Proszę o wydanie zaświadczenia** \* **:**

 € o okresie pobranych świadczeń / o nie pobieraniu świadczeń

 € o wysokości pobranych świadczeń (wpisać okres jaki ma być ujęty w zaświadczeniu)

**1. świadczeń rodzinnych tj.** \***:**

€ Zasiłku rodzinnego oraz dodatków do zasiłku rodzinnego

 € Jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (zw. „becikowe”)

 € Świadczenia rodzicielskiego

 € Zasiłku pielęgnacyjnego

 € Świadczenia pielęgnacyjnego

 € Specjalnego zasiłku opiekuńczego

\* właściwe zaznaczyć „X”

na ………………………………………………………………..………………………………

(wpisać imię i nazwisko dziecka/ci, os. wymagającej opieki / datę urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………

za okres od ………….…..……………. do .…...……….……....... w MG OPS w Krzepicach.

**2. zasiłku dla opiekuna**

za okres od …………………………. do ……………………....... w MG OPS w Krzepicach.

**3.** **jednorazowego świadczenia w wysokości 4000 zł przysługującego na podstawie ustawy z dnia 04.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”**

za okres od …………………………. do ……………………....... w MG OPS w Krzepicach.

**4. świadczeń wychowawczych**

na ………………………………………………………………..………………………………

(wpisać imię i nazwisko dziecka/ci, datę urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………

za okres od ………….…..……………. do .…...……….……....... w MG OPS w Krzepicach.

**5. świadczeń z funduszu alimentacyjnego**

na ………………………………………………………………………………………………

(wpisać imię i nazwisko dziecka/ci, datę urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………

za okres od …………………………. do ……………………....... w MG OPS w Krzepicach.

**6. świadczeń z pomocy społecznej**

za okres od ………………………….. do ………………………… w MG OPS w Krzepicach.

Dane członków rodziny:

………………………………………………………………………………………….………..

…………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……………

**7. dodatku mieszkaniowego**

za okres od ……………………..….. do …………….….………… w MG OPS w Krzepicach.

**8. dodatku energetycznego**

za okres od ……………………..….. do …………….….………… w MG OPS w Krzepicach.

**9. inne**

……………………………………………………………………………………………...……

…………………………………………………………………………..……………………….

…………………………………………………………………………………………………...

**Niniejsze zaświadczenie przedłożę** ...........................................................................................

 .........................................................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

ADNOTACJE MGOPS:

Dot. pkt ………………………………………………………………………………………………………….......

Dot. pkt ………………………………………………………………………………………………………….......

Dot. pkt ………………………………………………………………………………………………………….......