

.....
(imię i nazwisko
osoby, której dotyczy wniosek)

....., dn.
(miejscowość) (data)

.....
.....
(adres)

.....
(PESEL)

**Do Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Wojniczu
Dział Świadczeń Rodzinnych
i Funduszu Alimentacyjnego**

W N I O S E K
O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

I. * o wysokości pobieranych świadczeń:

II. * o pobieraniu świadczeń:

III. * o niepobieraniu i nieubieganiu się w tut. Ośrodku o ustalenie prawa do:

* zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami w okresie od do

* świadczenia pielęgnacyjnego w okresie od do

* pomocy finansowej dla osób uprawnionych do świadczenia pielęgnacyjnego w okresie
od do

* zasiłku pielęgnacyjnego w okresie od do

* jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka

* specjalnego zasiłku opiekuńczego w okresie od do

* zasiłku dla opiekuna w okresie od do

* świadczenia rodzicielskiego w okresie od do

* świadczeń z funduszu alimentacyjnego w okresie od do

na dziecko/dzieci, inną osobę:**

1.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

2.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

3.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

4.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

5.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

6.
(imię i nazwisko oraz data urodzenia)

celem przedłożenia

.....
(wpisać cel wydania zaświadczenia – np. do zasiłku rodzinnego / do rozliczenia podatku
oraz gdzie będzie składane – np. nazwa instytucji lub nazwa kraju)

.....
podpis osoby ubiegającej się
o wydanie zaświadczenia

* - właściwe zaznaczyć **X**

** - niewłaściwe skreślić

Oświadczam, iż udostępniono mi i zapoznałem/am się z klauzulę informacyjną zawierającą informacje nt. przetwarzania przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wojniczu danych osobowych, o których mowa w art. 13 RODO

.....
data i podpis osoby ubiegającej się
o wydanie zaświadczenia