

Krotoszyn, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Krotoszynie
ul. Kobylińska 10a
63-700 Krotoszyn

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o pomoc finansową w ramach rządowego programu wspierania osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne.

Oświadczam, że mam ustalone prawo do świadczenia pielęgnacyjnego w związku z opieką nad niepełnosprawną osobą:

.....
(imię i nazwisko)

w okresie od do

.....
(podpis wnioskodawcy)