

Nazwisko: .....

Bledzew dn. ....

Imię: .....

adres: .....

.....

tel. kont.: .....

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Bledzewie**

Proszę o wydanie zaświadczenia o pobieranych(ym)\* / nie pobieranych(ym)\* :

świadczeniach rodzinnych\*/ funduszu alimentacyjnym\*/ zasiłku dla  
opiekuna\*/świadczeniu wychowawczym 500+\*/

inne\*:.....

w okresie od: ..... do : .....

Powyższe niezbędne jest celem przedłożenia: .....

.....

(nazwa instytucji do jakiej kierowane jest zaświadczenie i cel)

.....

(czytelny podpis składającego prośbę)

1. Do odbioru zaświadczenia przez osobę nie będącą stroną wymagane jest przedstawienie upoważnienia świadczeniobiorcy (należy podać imię nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważniającej i osoby upoważnionej).

2. Zaświadczenia wydawane są w terminie do siedmiu dni zgodnie z art. 217 § 3 Kodeksu Postępowania Administracyjnego .

**\* niepotrzebne skreślić**