Uchanie, dnia....................................

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

*Imię i nazwisko*

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

*Adres zamieszkania*

Kierownik

Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej   
w Uchaniach

Proszę o przekazywanie przyznanego mi zasiłku: stałego/ okresowego/ celowego\* od miesiąca na podany numer konta bankowego

Nazwa Banku

Nr konta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) iż w/w zasiłek jest przekazywany w dniu 25-go każdego miesiąca, w przypadku dnia ustawowo wolnego od pracy wypłata nastąpi w pierwszym po nim dniu pracującym.

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

*podpis*

Tożsamość potwierdzona na podstawie

Dowodu osobistego nr

r.

podpis pracownika

\*niepotrzebna skreślić