…………………………………………………………………… Szprotawa, dnia……………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………

Adres stałego zameldowania

……………………………………………………………………

Adres pobytu

…………………………………………………………………..

PESEL

……………………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego

……………………………………………………………………

Nr telefonu

Ośrodek Pomocy Społecznej

w Szprotawie

ul. Krasińskiego 23

67 – 300 Szprotawa

W N I O S E K

Proszę o udzielenie pomocy w formie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Osoby zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | PESEL | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2002r nr 101,poz.926 z późn. zm.). Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szprotawie zadań określonych ustawą o pomocy społecznej oraz zadań z zakresu pomocy społecznej zleconych Ośrodkowi przez podmioty uprawnione na podstawie odrębnych przepisów.

 ………………………………………………………

 Podpis

POUCZENIE

Oświadczam, że zostałem/am pouczony/na, iż złożenie niniejszego podania jest wszczęciem przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szprotawie postępowania administracyjnego zgodnie z art. 61 § 1 i 4 Kodeksu postępowania administracyjnego.

……………………………………………………

 Podpis