…… 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