Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Opocznie
ul. Adama Mickiewicza 2A, 26-300 Opoczno
tel. (44) 755-24-93, fax (44) 754-40-31
www.ops.opoczno.pl, mgops@ops.opoczno.pl

…… Opoczno …….
(Imię i nazwisko)

……
(Adres zamieszkania)

……
(Numer pesel)

……
(Numer telefonu)

W N I O S E K

O udzielenie pomocy w formie ……

……

W/w potrzebę motywuję tym iż: ……

……

……

……

……

O Ś W I A D C Z E N I E

1. Ja niżej podpisany(a) jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam: ……

……

…….
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

…….
(podpis wnioskodawcy)

2. Mam dostarczyć w ciągu 7 dni następujące dokumenty: ……

……

……

3. Niedostarczenie dokumentów w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia (art.64,par.2 KPA).

……
(podpis wnioskodawcy)