Lubin, dnia .....

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

PESEL

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Lubinie

Proszę o przekazywanie przyznanych mi świadczeń rodzinnych / świadczeń z Funduszu Alimentacyjnego na konto osobiste od miesiąca .....

Nazwa Banku:.....

Nr konta:

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż świadczenia są przekazywane do 30-go dnia każdego miesiąca.

.....
podpis

Tożsamość potwierdzona na podstawie
dokumentu nr.....

.....
podpis pracownika