

Szczytno, dn.

(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
PESEL

.....
(telefon)

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczytnie
DZIAŁ ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH**

**ul. Polska 49
12-100 Szczytno**

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA POTWIERDZAJĄCEGO¹:

1. wysokość wypłaconych za okres od do..... świadczeń¹:

- ☐ zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami
- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ specjalnego zasiłku opiekuńczego
- ☐ jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe)
- ☐ świadczeń z funduszu alimentacyjnego
- ☐ świadczenia wychowawczego (tzw. „500+”)
- ☐ świadczenia rodzicielskiego
- ☐ świadczenia Dobry Start (tzw. „300+”)
- ☐ jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (tzw. „Za życiem”).

2. nie pobieranie w Dziale Świadczeń Rodzinnych GOPS w Szczytnie żadnych świadczeń.

3. nie figurowanie jako świadczeniobiorca w ewidencji Działu Świadczeń Rodzinnych GOPS w Szczytnie.

4. nie ubieganie się w Dziale Świadczeń Rodzinnych GOPS w Szczytnie o ustalenie prawa do¹:

- ☐ zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami
- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ specjalnego zasiłku opiekuńczego
- ☐ jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe)
- ☐ świadczeń z funduszu alimentacyjnego
- ☐ świadczenia wychowawczego (tzw. „500+”)
- ☐ świadczenia rodzicielskiego
- ☐ świadczenia Dobry Start (tzw. „300+”)
- ☐ jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (tzw. „Za życiem”).

W celu przedłożenia w :

w sprawie ustalenia przez w/w instytucję :

.....

Dane dziecka/dzieci :

.....

.....

(imię, i nazwisko, data urodzenia/PESEL dziecka)

Upoważniam:

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą/ego się dowodem osobistym o serii i numerze

wydanym przez

do odbioru niniejszego zaświadczenia.

Zaświadczenie odbiorę osobiście / proszę przesłać pocztą ²

.....

(czytelny podpis)

¹ - wstawić krzyżyk we właściwe miejsce.

² - niewłaściwe skreślić.