

WNIOSEK O POMOC

1. Imię i nazwisko *Lidia Samcho*

2. Adres zamieszkania / pobytu *Łoziska ul. Fabryczna 12*

3. Telefon kontaktowy *665-228-238*

4. Rodzaj wnioskowanej pomocy /zaznaczyć odpowiednie/

- | | |
|---|---|
| ☒ pomoc finansowa | ☐ pomoc rzeczowa |
| ☐ usługi opiekuńcze | ☐ umieszczenie w DPS |
| ☐ posiłek w szkole / przedszkolu | ☐ skierowanie do ŚDS |
| ☐ przydzielenie asystenta | ☐ inna pomoc |

5. Treść wniosku

..... *Tworząc się z prośbą o pomoc finansową ze względu*
..... *na 3 miesięczny pobyt w szpitalu, niemożność wykupienia*
..... *recept, brak opalu i innych środków do życia*

6. Aktualnie utrzymuję się z: /zaznaczyć odpowiednie/

- | | |
|---|---|
| ☐ wynagrodzenie za pracę | ☐ zasiłek rodzinny + dodatki |
| ☐ prace dorywcze | ☐ alimenty / fundusz alimentacyjny |
| ☐ stypendium | ☐ dodatek mieszkaniowy / energetyczny |
| ☐ renta / emerytura <i>omgĩa</i> | ☐ dochód z działalności gospodarczej |
| ☐ zasiłek stały | ☐ gosp. rolne o pow. ha przelicz. |
| ☐ zasiłek pielęgnacyjny | ☐ zasiłek dla bezrobotnych / stażowy |

inne, jakie?

7. Załączam następujące dokumenty:

1. *karty wypisu ze szpitala*
2. *aktropisie umowy o pracę*
3.

Podpis osoby przyjmującej wniosek

Data i podpis osoby składającej wniosek

18.XII.2025 Samcho Lidia