

Sosnowiec, dn

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O KORZYSTANIU/NIEKORZYSTANIU
ze świadczeń realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sosnowcu**

Dane wnioskodawcy:

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

PESEL

Proszę o wydanie zaświadczenia o korzystaniu /niekorzystaniu: ze świadczeń realizowanych przez MOPS
w Sosnowcu*

za okres

W skład mojej rodziny** wchodzi:

-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL
-	..... imię i nazwisko	..... stopień pokrewieństwa	..... PESEL

Zaświadczenie jest mi niezbędne w celu

.....
data i podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

** **przez rodzinę należy rozumieć osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące**

Upoważniam

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, seria i numer dowodu

do odbioru zaświadczenia.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Wypełnia MOPS:

Dotyczy Wnioskodawcy: Pani/ Pana*

Adres zamieszkania **PESEL**

oraz rodziny wskazanej we wniosku.

Dział Świadczeń zaświadcza, że Wnioskodawca

- nie korzysta ze świadczeń pomocy społecznej przyznawanych przez MOPS w Sosnowcu*
- korzysta ze świadczeń realizowanych przez MOPS w Sosnowcu*, tj. z:
(rodzaj i wysokość pomocy)

Pomoc za okres od do wynosiła

Dział Dodatków Mieszkaniowych zaświadcza, że Wnioskodawca

- nie korzysta z dodatku mieszkaniowego wypłacanego przez MOPS w Sosnowcu*
- korzysta z dodatku mieszkaniowego w wysokości* miesięcznie

Pomoc za okres od do wynosiła

- nie korzysta z dodatku energetycznego wypłacanego przez MOPS w Sosnowcu*
- korzysta z dodatku energetycznego w wysokości* miesięcznie

Pomoc za okres od do wynosiła

.....
Data, podpis i pieczęć kierownika DDM

Dział Świadczeń Rodzinnych i Alimentacyjnych zaświadcza, że Wnioskodawca**

- nie korzysta ze świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego oraz innych świadczeń realizowanych przez DŚR w MOPS w Sosnowcu*
- korzysta z następujących świadczeń*:
- zasiłku rodzinnego w wysokości miesięcznie
- dodatków do zasiłku rodzinnego, tj.
(rodzaj i wysokość dodatku w ujęciu miesięcznym)

.....
- zasiłku pielęgnacyjnego w wysokości miesięcznie

- świadczenia pielęgnacyjnego w wysokości miesięcznie

- specjalnego zasiłku opiekuńczego w wysokości miesięcznie

- zasiłku dla opiekuna w wysokości miesięcznie

- jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka w wysokości

- innych świadczeń, tj.
(rodzaj i wysokość świadczenia)

- świadczeń z funduszu alimentacyjnego w wysokości miesięcznie

Pomoc za okres od do wynosiła

.....
Data, podpis i pieczęć kierownika DŚR

Inna komórka organizacyjna (symbol komórki) zaświadcza, że Wnioskodawca

- nie korzysta z

- korzysta z

(rodzaj i wysokość pomocy)

Pomoc za okres od do wynosiła*

.....
Data, podpis i pieczęć kierownika