

.....

..... dnia

(nazwisko i imię)

.....

(adres zamieszkania)

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

.....

w Grębowie

(telefon)

WNIOSEK O POMOC

Proszę o przyznanie pomocy finansowej.....

.....

.....

.....

U Z A S A D N I E N I E

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WYDATKI (miesięczne):

- energia :

-gaz :

- telefon:

-woda :

- inne :

.....

(podpis osoby składającej wniosek)

SKŁAD RODZINY

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień porewieństwa	Miejce pracy , nauki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

.....

(podpis osoby składającej wniosek)