

Bełchatów, dnia.....

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)
97- 400 Bełchatów

.....
(seria, nr dowodu tożsamości)

PESEL.....

tel. kontaktowy.....

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej
ul. Dąbrowskiego 2
97-400 Bełchatów**

Proszę o przekazywanie na podany poniżej rachunek bankowy
.....
.....
należności z tytułu wynagrodzenia za sprawowanie opieki nad.....

.....
(nazwisko i imię)
data urodzenia stopień pokrewieństwa

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bełchatowie o wszelkich zmianach mających wpływ na uprawnienia do wypłaty ww. wynagrodzenia a w szczególności :

- zmianie miejsca zamieszkania,
- zgonu osoby nad którą sprawowana była opieka,
- zmianie numeru rachunku bankowego,
- innych sytuacjach nie wymienionych wyżej, mających wpływ na utratę uprawnień do pobierania ww. świadczenia.

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku nie wywiązywania się z powyższego zobowiązania MOPS Bełchatów będzie dochodził zwrotu nienależnie pobranych świadczeń na drodze sądowej.

.....
(czytelny podpis)

Załączniki:

1. Postanowienie Sądu Rejonowego w Bełchatowie Syg. Akt
z dnia
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego datę urodzenia osoby nad którą sprawowana jest opieka.
3. Potwierdzenie numeru rachunku bankowego (wyciąg z banku).