Bełchatów, dnia .....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

Dyrektor Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Bełchatowie

Proszę o wypłatę świadczeń rodzinnych / funduszu alimentacyjnego od miesiąca .....
w kasie MOPS / na konto*:

Właściciel konta:.....
Proszę o wypłatę świadczeń wychowawczych „Program Rodzina 500+" od miesiąca .....
w kasie MOPS / na konto*:

Właściciel konta:.....
*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis