Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zamościu
ul. Szczebrzeska 120, 22 – 400 Zamość, tel. 84 638 20 17

….....

(Imię i nazwisko)

PESEL

….....

(adres)

….....

….....

(numer telefonu)

Zamość, dn.....20.....roku

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Zamościu

PODANIE

Proszę o przyznanie pomocy .....

z uwagi na.....

.....

….....

Dochód rodziny w poprzednim miesiącu.....	**Kwota**	**Wydatki**	**Kwota**
Zasiłki rodzinne+dodatki		czynsz	
Zasiłek pielęgnacyjny		Energia elektryczna	
Wynagrodzenie za pracę		Gaz	
Praca dorywcza		Alimenty	
Gospodarstwo rolne		Wydatki na leczenie	
Otrzymane alimenty		KRUS/ZUS	
Emerytura		Inne.....	
Renta		Inne.....	
Inne.....		Inne.....	

….....

(miejscowość, data)

….....

(podpis wnioskodawcy)