Data zgłoszenia:………….………….

**WNIOSEK O POMOC**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowych Skalmierzycach

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Tel**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja rodzinna:** | **Źródła dochodu:** |
| * Osoba samotna * Rodzina pełna * Rodzina niepełna * Rodzina wielodzietna * Niepełnosprawność * Długotrwała choroba * Bezrobocie * Inne…………………………… | * Renta * Emerytura * Zasiłek stały * Zasiłek rodzinny * Gospodarstwo rolne * Zasiłek dla bezrobotnych * Dodatek mieszkaniowy * Inne………………………………… |

**Rodzaj oczekiwanej pomocy:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….….….. ……..…………………………………

Przyjmujący wniosek Podpis Klienta