…..... Chrzanów, dn. …....

Imię i nazwisko

…....

Adres zamieszkania

.....

…....

Pesel

…....

Telefon kontaktowy

Ośrodek Pomocy Społecznej w Chrzanowie
Dział Świadczeń Rodzinnych
ul. Jagiellońska 4
32-500 Chrzanów

Zwracam się z prośbą o wypłatę świadczeń rodzinnych/świadczenia wychowawczego/świadczeń z funduszu alimentacyjnego *

1) na podany niżej numer konta

		X					X					X					X					X					X				

2) lub do kasy Banku Spółdzielczego w Chrzanowie*

Zmiana sposoby wypłaty świadczeń następuje począwszy od miesiąca.....

….....

podpis

* - niepotrzebne skreślić