

Augustów, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....

16-300 Augustów, .....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

## OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazywanie należnych mi świadczeń rodzinnych w **kasie** Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Augustowie, ul. 3 Maja 60, 16-300 Augustów.

.....  
(podpis)

---

### **Pouczenie:**

Świadczenia rodzinne wypłacane będą w terminie określonym w dołączonym do decyzji harmonogramem wypłat (w przypadku jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka – w decyzji przyznającej świadczenie). **Kasa Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Augustowie jest czynna w godzinach od 11.00 do 14.00**