

.....
(imię i nazwisko)

Augustów, dnia

PESEL

16-300 Augustów,
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

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

.....
(podpis)

Pouczenie:

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego wypłacane będą w terminie określonym w decyzji. **Kasa Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Augustowie jest czynna w godzinach od 11.00 do 14.00.**