

Dąbrowa Górnicza, dnia

.....
.....
.....

(imię, nazwisko i adres świadczeniobiorcy, pesel)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w
Dąbrowie Górniczej
Dział Pomocy
Osobom Uprawnionym do Alimentów

Proszę o przekazywanie przysługujących mi świadczeń z funduszu alimentacyjnego od
miesiąca..... na moje konto osobiste podane poniżej:

LL-LLLLL-LLLLL-LLLLL-LLLLL-LLLLL-LLLLL

.....

podpis pracownika

.....

podpis świadczeniobiorcy