

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer i seria dowodu osobistego)

PESEL

Tel.

**Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Opolska 9
44-335 Jastrzębie-Zdrój**

WNIOSEK O WYPŁATĘ WYNAGRODZENIA ZA SPRAWOWANIE OPIEKI

Proszę o wypłacanie mi świadczenia w formie wynagrodzenia za sprawowanie opieki nad

.....
(imię i nazwisko, data ur.)

UZASADNIENIE

W dniu zostałam ustanowiona opiekunem prawnym małoletniego

.....sygn.akt.....
(imię i nazwisko)

Postanowieniem z dnia.....sygn.akt.....

Sąd.....
(nazwa i adres Sądu)

przyznał mi.....
(nazwa świadczenia i jego wysokość)

Przyznane wynagrodzenie proszę przelać na konto bankowe

Nr

Stosownie do przepisów ustawy o pomocy społecznej wynagrodzenie za sprawowanie opieki ustalone przez sąd wypłaca ośrodek pomocy społecznej.

Wobec powyższego wnoszę jak na wstępie.

.....
(Data i czytelny podpis opiekuna)

Jednocześnie oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w stopniu niezbędnym do realizacji ustawowych zadań Ośrodka Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju.

.....
(Data i czytelny podpis opiekuna)