MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁĘCZYCY

Łęczyca, dn. .....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Nr telefonu)

W N I O S E K

Proszę o przekazywanie przyznanych świadczeń*

- ☐ **Zasiłki z pomocy społecznej,**
- ☐ **Świadczenia rodzinne (w tym zasiłek pielęgnacyjny),**
- ☐ **Świadczenia z funduszu alimentacyjnego.**

od miesiąca **……** na poniższy nr rachunku bankowego:

.....
(czytelny podpis)

* **Zaznacz odpowiednie świadczenie/świadczenia.**

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁĘCZYCY
JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA MIASTA ŁĘCZYCA
99-100 Łęczyca, ul. Ozorkowska 8, tel./fax 024 721 23 71; www.mopsleczyca.pl; e-mail: sekretariat@mopsleczyca.pl
Adres skrytki na platformie ePUAP: /LECZYCAMOPS/skrytka

Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łęczycy. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.mopsleczyca.pl w zakładce RODO.