..... Łęczyca, dnia .....
(imię i nazwisko)

ul. .....
99-100 Łęczyca

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
w ŁĘCZYCY
ul. OZORKOWSKA 8
99-100 ŁĘCZYCA

Proszę o przyznanie pomocy w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania w ns. sposób:

- w dni robocze w okresie od dnia …….. do dnia …… w wymiarze …….. godzin dziennie ……. razy w tygodniu;
- w dni wolne od pracy (tj. soboty, niedziele i święta) w okresie od dnia …….. do dnia …… w wymiarze …….. godzin dziennie.

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie.

……..
podpis wnioskodawcy