Jastrzębie-Zdrój…………………………..

……………………………………

 (imię i nazwisko)

……………………………………

 (adres zamieszkania)

……………………………………

Telefon …………………………….

Mail (drukowane litery) ………………………………….…….

 **Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej**

 **w Jastrzębiu-Zdroju**

**Wniosek o wydanie zaświadczenia**

Proszę o wydanie zaświadczenia **dotyczącego potwierdzenia pełnienia funkcji rodziny

 zastępczej dla małoletniej/małoletniego**\*……………………..............................................

 (imię i nazwisko dziecka)

Zaświadczenie jest niezbędne do przedłożenia **w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych** celem **przyznania świadczenia „DOBRY START”.**

 …………………………….

 (podpis rodziny zastępczej)

**Korzysta / Nie korzysta\* Termin wydania zaświadczenia**

**…………………………………..**

sprawdził (podpis i pieczątka)

\*niepotrzebne skreślić