

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/mалоletniego***.....
(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 pieczęć)

*niepotrzebne skreślić