

.....
Imię i Nazwisko

.....
Ulica, numer domu

.....
Kod pocztowy, miejscowość

FUNDACJA DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO
43-502 Czechowice-Dziedzice
ul. Nad Białką 1b

Oświadczenie

Ja,.....
zamieszkały/a.....
urodzony/a, starając się o uzyskanie pomocy w „FUNDACJI DLA OSÓB POKRZYWDZONYCH LOSOWO”, wyrażam zgodę na weryfikację mojej sytuacji rodzinnej, finansowej, zdrowotnej w MOPS/ GOPS/ MOPR lub w innej instytucji mogącej potwierdzić informacje podane przeze mnie we wniosku.

Do oświadczenia załączam dane placówki MOPS/GOPS/MOPR/inne*:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis podopiecznego lub opiekuna prawnego)
*osoby, które nie korzystają z pomocy ośrodka, również zobowiązane są do uzupełnienia danych placówki, znajdującej się w ich rejonie zamieszkania

DANE ADRESOWE:

(IMIĘ, NAZWISKO / NAZWA; ADRES: ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ;
NUMER TELEFONU)

LEKARZ SPECJALISTA	
LEKARZ SPECJALISTA	
LEKARZ SPECJALISTA	
SKLEP MEDYCZNY / REHABILITACYJNY	
APTEKA	
OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ	