Data zgłoszenia:………….………….

**WNIOSEK O POMOC**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowych Skalmierzycach

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Tel**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  **Sytuacja rodzinna:** |  **Źródła dochodu:** |
| * Osoba samotna
* Rodzina pełna
* Rodzina niepełna
* Rodzina wielodzietna
* Niepełnosprawność
* Długotrwała choroba
* Bezrobocie
* Inne……………………………
 | * Renta
* Emerytura
* Zasiłek stały
* Zasiłek rodzinny
* Gospodarstwo rolne
* Zasiłek dla bezrobotnych
* Dodatek mieszkaniowy
* Inne…………………………………
 |

**Rodzaj oczekiwanej pomocy:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….….….. ……..…………………………………

 Przyjmujący wniosek Podpis Klienta