

..... Celestynów , dnia.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Celestynowie, ul. Regucka 3
05-430 Celestynów**

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA**

Proszę o przyznanie

.....
.....

UZASADNIENIE

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

Zobowiązuję się do niezwłocznego (nie później niż 14 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku) dostarczenia wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego Ośrodka dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

.....
(podpis)