

.....
Imię i nazwisko

Głuchołazy, dnia

.....
Adres stałego zameldowania

.....
Adres pobytu

.....
PESEL

Ośrodek Pomocy Społecznej
w Głuchołazach
Al. Jana Pawła II 14

.....
Nr konta

.....
Seria i numer dowodu osobistego

.....
(właściciel, współwłaściciel, pełnomocnictwo)

.....
Nr telefonu

WNIOSEK

Proszę o udzielenie pomocy w formie:

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

1. Osoby zamieszkujące i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa

Oświadczam iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Głuchołazach zadań określonych ustawą o pomocy społecznej oraz zadań z zakresu pomocy społecznej zleconych Ośrodkowi przez przedmioty uprawnione na podstawie przepisów odrębnych.

.....
(podpis)

POUCZENIE

Oświadczam że zostałem/am pouczony/na iż złożenie niniejszego podania jest wszczęciem przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Głucholazach postępowania administracyjnego zgodnie z art. 61 §1 i 4 Kodeksu postępowania administracyjnego.

.....
(podpis)