

Chojnów, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

**Kierownik  
Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Chojnowie**

Proszę o przekazywanie przyznanych mi świadczeń rodzinnych/świadczeń z Funduszu Alimentacyjnego/ zasiłku dla opiekunów od miesiąca .....

1. ☐ na podany nr konta

Nazwa Banku:.....

Nr konta:

[illegible]

2. ☐ odbiorę osobiście w kasie MOPS Chojnów

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)