

(ciemne pola wypełnia MOPR!)

WNIOSEK O POMOC

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lesznie ul. Janusza Korczaka 5, 64-100 Leszno TEL. 65 520 70 46; 65 529 58 47

Imię

Nazwisko

Adres ul.
zameldowania

Adres ul.
pobytu

Telefon

PESEL

Seria i Nr dowodu osobistego

Wykształcenie

Zawód wykonywany

Zawód wyuczony

Działalność gospodarcza

Imię matki zam.

Imię ojca zam.

Data zgłoszenia 20..... r.

Wypełnia MOPR

Data rejestracji 20..... r.

Nr sprawy

Dyrektor

Rejon

Pracownik

Data odbioru decyzji 20..... r.

1. Przyczyna wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy (odpowiednie zakreślić x)

- ubóstwo bezrobocie zarejstr. w PUP nie zarejstr. w PUP sieroctwo bezdomność
- niepełnosprawność potrzeba ochrony macierzyństwa bezradność w sprawach opiek.-wych.
- alkoholizm, narkomania klęska żywiołowa lub ekologiczna długotrwała choroba
- trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego
- inne - jakie:

2. Rodzaj oczekiwanej pomocy:

3. Czy Pan/i (wnioskodawca) lub osoby współzamieszkujące korzystały ze świadczeń pomocy społecznej, jeżeli tak to kiedy i kto oraz w jakiej formie?

kto - imię i nazwisko	kiedy - od	do	roku	forma pomocy

4. Opis aktualnej sytuacji rodziny wnioskującego

.....

.....

.....