

## PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU

Osoba wnioskująca:

Imię: ..... Nazwisko: .....

Adres: .....

nr telefonu: ..... PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Kościańska 1  
64-030 Śmigiel

### DYSPOZYCJA STAŁA PRZELEWU NA KONTO wypełniają osoby pragnące otrzymywać świadczenia na rachunek bankowy

Wnoszę o wypłacanie należnych mi świadczeń (rodzinnych, pielęgnacyjnych, alimentacyjnych, wychowawczych, Dobry start, rodzicielskich, opiekuńczych, z ustawy „Za życiem”) na niżej podane konto bankowe:

Numer konta |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nazwa Banku: .....

Właściciel konta:\*

Imię: ..... Nazwisko: .....

Adres: .....

Wyrażam zgodę na wypłacanie świadczeń rodzinnych i pielęgnacyjnych na moje konto.  
Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności powiadomienia tutejszego Ośrodka w przypadku istotnych zmian w sytuacji wnioskodawcy, mających wpływ na prawo do pobieranego świadczenia.  
Niepoinformowanie skutkuje koniecznością zwrotu świadczeń wypłaconych na ww. konto.

.....  
data podpis właściciela konta

Jednocześnie oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za prawidłowość ww. danych i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania w przypadku ich zmiany.

.....  
data podpis wnioskodawcy

- W przypadku gdy inna osoba niż wnioskująca – załączyć druk upoważnienia z właściwego banku