

.....
(pieczęć GOPS)

Kruszyn, dnia

Z A Ś W I A D C Z E N I E

1) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bolesławcu z siedzibą w Kruszyńcu informuje, że

Pan(i)

zam.

w sierpniu 2020 r. korzystał/a ze wsparcia:

1) na podstawie ustawy o pomocy społecznej:

- zasiłek stały w wysokości -

- zasiłek okresowy w wysokości -

.....
(podpis i pieczęć imienna)

2) na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów:

- świadczenia rodzinne w łącznej wysokości -

- stałe dodatki do rodzinnego w łącznej wysokości -

- fundusz alimentacyjny w łącznej wysokości -

.....
(podpis i pieczęć imienna)

3) na podstawie ustawy o dodatkach mieszkaniowych

- dodatek mieszkaniowy w wysokości

.....
(podpis i pieczęć imienna)