

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/ kuratora)\*

.....  
.....  
/adres zamieszkania/

Dyrektor / Kierownik\*

Ośrodka Pomocy Społecznej

ul. ....  
.....

Zwracam się z prośbą o udzielenie pomocy w formie pobytu w Domu dla Matek z  
Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach ul. Osiedlowa 7, 22-437 Łabunie  
dla .....

/imię i nazwisko osoby kierowanej/

na okres .....

Proszę o przesłanie decyzji na adres:.....  
.....

Uzasadnienie:

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

.....  
(data, podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/

opiekuna prawnego/ kuratora)\*

\* prawidłowe podkreślić