Karlino, dnia ……. 2020r.

ZAŚWIADCZENIE

Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Karlinie zaświadcza, że

Pan/i……

Zam. ……..

Korzysta / nie korzysta/ z pomocy społecznej w postaci:

-*świadczenie pomocy społecznej* ……..

- *dodatków mieszkaniowych* ……

- *świadczeń rodzinnych* .....

- *świadczenia z funduszu alimentacyjnego* …….

za miesiąc …… 2020 r.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanego.