**Karlino, dnia ………………. 2023r.**

***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 …………… 2023** **r**.

**Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanego.**