Stalowa Wola dnia,………………………………

**U P O W A Ż N I E N I E**

 Ja niżej podpisany/a/……………………………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

Zamieszkały/a/……………………………………………………………………………………………………………………………………..

(dokładny adres zamieszkania)

Legitymujący/a/ się dowodem osobistym…………………………………………………………………………………………….

Upoważniam mojego/ą/ (męża, żonę, syna, córkę)………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(dokładny adres)

legitymującego się dowodem osobistym ……………………………………………………………………………………………..

 (seria i numer dowodu osobistego)

do pobrania zasiłku………………………………………………………………………………………………………………………………

(okresowy, celowy, stały)

w………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(proszę określić miejsce: Kasa MOPS Stalowa Wola lub podane konto bankowe)

za miesiąc ………………………………………………………………. w dniu……………………………………………………………….

 (podać miesiąc) (data wypłaty podana z decyzji)

Osobiście nie mogę odebrać świadczenia z powodu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(podać przyczynę)

…………………………………………………………… ………………………………………………………

 (potwierdzenie wiarygodności podpisu) (podpis świadczeniobiorcy)