Inowrocław, dnia ………………………………

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………..

zameldowany(a)…………………………………………………………………………………………………………………………………..

wraz z matką (ojcem)……………………………………………………………………………………………………………………………

dziecka(ci)…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Proszę o wydanie zaświadczenia o:

* Wysokości świadczeń rodzinnych\*…………………………………………………………………………………………..

za okres……………………………………………………………………………………………………………………………………

* nie pobieraniu świadczeń rodzinnych/jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka\*

Zaświadczenie potrzebne jest do.…………………………………………………………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………

(podpis)