



**CZŁONKOWIE RODZINY NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU ZASIŁKOBIORCY**

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Nr PESEL, nr NIP, Nr dowodu tożsamości

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem .....

Podpis pracownika socjalnego .....