

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

tel.:.....

**Ośrodek Pomocy Społecznej
w Dobrej
ul. Graniczna 24a,
72-003 Dobra**

WNIOSEK O WYPŁATĘ WYNAGRODZENIA ZA SPRAWOWANIE OPIEKI

Proszę o wypłacenie mi świadczenia w formie wynagrodzenia za sprawowanie opieki prawnej nad
ubezważnioną całkowicie/małoletnim/małoletnimi*.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Uzasadnienie

W dniu.....zostałam/em ustanowiony/a opiekunem
prawnym całkowicie ubezwłasnowolnionego/maleoletniego/maleoletnich.....

(imię nazwisko/imiona nazwiska)

Sygn.akt.....

Postanowieniem z dnia.....w postępowaniu Sygn.akt.....

Sad.....

(nazwa i adres Sądu)

przyznał mi.....

(nazwa świadczenia i wysokość)

Stosownie do przepisów ustawy o pomocy społecznej wynagrodzenie za sprawowanie opieki ustalone przez Sąd wypłaca Ośrodek Pomocy Społecznej.

Wobec powyższego wnoszę jak na wstępie.

Proszę o wypłatę wynagrodzenia za sprawowanie opieki, przelewem bankowym na wskazany poniżej numer rachunku bankowego:

[illegible]

.....
(data i czytelny podpis opiekuna)

Załączniki:

1. Odpis prawomocnego postanowienia Sądu o ustaleniu i przyznaniu wynagrodzenia dla opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/małoletniego.
2. Zaświadczenie Sądu potwierdzające ustanowienie opiekunem prawnym osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/małoletniej.