……

……
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

(miejscowość i data)

……
(adres zamieszkania)

Tel. …….

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Krasnymstawie
ul. Piłsudskiego 9
22-300 Krasnystaw

WNIOSEK O WYPŁATĘ WYNAGRODZENIA ZA SPRAWOWANIE OPIEKI

Proszę o wypłacanie mi świadczenia w formie wynagrodzenia za sprawowanie opieki prawnej nad

ubezwłasnowolnioną całkowicie ……
(imię i nazwisko, data ur.)

Uzasadnienie

W dniu ……. zostałam ustanowiona opiekunem prawnym całkowicie

ubezwłasnowolnionej ……, Sygn. akt ……
(imię i nazwisko)

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

Sąd ……
(nazwa i adres Sądu)

przyznał mi ……
(nazwa świadczenia i jego wysokość)

Wynagrodzenie proszę o przekazywanie na rachunek bankowy :

……

……
(data i czytelny podpis opiekuna)

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