

Imię i nazwisko .....

Świętochłowice, dnia .....

PESEL .....

Numer telefonu .....

### Informacja

Zostałem/am poinformowany/a, że przewidziany dzień odbioru decyzji przypadku na .....  
W przypadku wydania decyzji przed wskazanym dniem Organ poinformuje o powyższym telefonicznie.  
W przypadku decyzji odmownej zostanie ona przesłana drogą pocztową na Pani/Pana adres zamieszkania.  
Decyzje ustalają prawo do świadczeń z funduszu alimentacyjnego należy odebrać osobiście w Sekcji Obsługi Świadczeń Alimentacyjnych i Dochodzenia Należności Alimentacyjnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Świętochłowicach.

W przypadku braku możliwości odbioru osobistego decyzji upoważniam do jej odbioru  
Panią/Pana ..... zamieszkałą/ego w ..... przy ul. ....  
nr. .... legitymującego się dowodem osobistym nr .....

Zostałem/am poinformowany/a, że **wypłata należnych świadczeń** zostanie zrealizowana **po odbiorze decyzji.**

Podpis pracownika .....

Podpis osoby składającej oświadczenie .....

\*Wypełnić starannie drukowanymi literami