Wieliszew, dnia ………………………….

……………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………….

……………………………………………….

Adres zamieszkania

**Kierownik**

**Ośrodka Pomocy Społecznej w Wieliszewie**

**Wniosek o przyznanie asystenta rodziny**

Na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin„ Za życiem” zwracam się z prośbą o koordynowanie wsparcia określonego w art.8, ust.2w/w ustawy przez asystenta rodziny.

**Uzasadnienie**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................