

**MIEJSKIEJ RADA GMINY**  
Ośrodek Pomocy Społecznej  
11-780 Mikołajki, ul. Kościowa 7  
tel. 87 421 90 88 fax 87 421 80 65

DATA.....

NR.....

## FORMULARZ POMOCY GMINA MIKOŁAJKI

**GOSPODARZ:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

NUMER TELEFONU: .....

**GOŚĆ:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: .....

ADRES POCHODZENIA\ MIASTO .....

POSIADANE DOKUMENTY: .....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: ..... WIEK: .....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: ..... WIEK: .....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: ..... WIEK: .....

**DZIECI:**  
IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA:..... WIEK:.....

---

**DZIECI:**  
IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA:..... WIEK:.....

## ZAKRES POTRZEB: