Załącznik Nr 1 do Zarządzenia 5.2021

..... Częstochowa, dn. .....

Imię i Nazwisko

.....

Adres

.....

Pesel

Częstochowskie Centrum Świadczeń
ul. Jana III Sobieskiego 15
42-217 Częstochowa

INFORMACJA ŚWIADCZENIOBIORCY CCŚ1

Proszę o przekazanie kompletu akt sprawy dotyczących pobieranych przeze mnie świadczeń oraz wstrzymanie ich wypłaty od miesiąca ..... roku.

□ zasiłku rodzinnego wraz z dodatkami
□ świadczenia rodzicielskiego
□ zasiłku pielęgnacyjnego
□ świadczenia pielęgnacyjnego
□ specjalnego zasiłku opiekuńczego
□ zasiłku dla opiekuna
□ świadczeń z funduszu alimentacyjnego

do .....

.....
(podać nazwę i adres nowego organu właściwego, który będzie wypłacał powyższe świadczenia, o ile jest znany)

Z powodu zmiany miejsca zamieszkania od miesiąca ..... będę przebywać w miejscowości / pod adresem:

.....

.....

Proszę o przesłanie korespondencji na adres:

.....

.....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż w dniu dzisiejszym zgodnie z treścią art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735) zostałem/am poinformowany/a o możliwości wglądu do akt sprawy, celem wypowiedzenia się, co do zgromadzonego materiału i dowodów oraz zgłoszonych żądań.

.....
podpis