

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejscowość i data

.....  
adres zamieszkania

**Do Kierownika  
Miejsko – Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Lubawce  
ul. Dworcowa 33  
58-420 Lubawka**

**WNIOSEK  
O OBJĘCIE WSPARCIEM PRZEZ ASYSTENTA RODZINY**

Proszę o objęcie mnie i mojej rodziny wsparciem asystenta rodziny przewidziana w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t. j. Dz. U. z 2020r. poz. 1360).

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy