

II. ZAKRES POMOCY NA RZECZ OSOBY/RODZINY¹ (rodzaj, okres świadczenia, wysokość)

świadczenia pieniężne
świadczenia niepieniężne
świadczenia niepieniężne w formie usług opiekuńczych
inne formy wsparcia

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

Opinia kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

--

(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć kierownika)