

Mińsk Mazowiecki,

.....
/imię i nazwisko/

zam. 05-300 Mińsk Mazowiecki

ul.

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Mińsk Mazowiecki
ul. Kościuszki 25A**

WNIOSEK

Wnoszę o zmianę decyzji przyznającej świadczenie rodzicielskie w zakresie okresu na jaki zostało przyznane w związku z okolicznościami zawartymi w zaświadczeniu ze szpitala.

Do wniosku dołączam:

1. zaświadczenie ze szpitala

.....
/podpis/