Częstochowa, dn. ……..……..

……..……
imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……
adres

……
PESEL

WNIOSEK
O ZMIANĘ FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Zwracam się z prośbą o zmianę od miesiąca ..……..…….... 20…..r. formy wypłacania przyznanych*:

- □ świadczeń rodzinnych
- □ świadczeń opiekuńczych
  - świadczenia pielęgnacyjnego
  - specjalnego zasiłku opiekuńczego
  - zasiłku pielęgnacyjnego
- □ zasiłku dla opiekuna
- □ świadczenia ‘Za Życiem’
- □ świadczenia wychowawczego
- □ świadczeń z funduszu alimentacyjnego
- □ dodatku mieszkaniowego
- □ dodatku energetycznego
- □ świadczenia ‘Dobry Start’

1. przekazem pocztowym ……..…...…….

lub na:

2. rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy o numerze, którego:

Nazwa banku:……...

□ jestem właścicielem

□ jestem współwłaścicielem

□ nie jestem właścicielem/współwłaścicielem rachunku

(poniższe wypełnić, w przypadku gdy właścicielem/współwłaścicielem rachunku jest osoba inna niż ubiegająca się o świadczenia)

Imię i nazwisko właściciela/współwłaściciela konta:……..……...

PESEL ……..……..

Adres właściciela/współwłaściciela konta…….

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w wyżej wymienionym zakresie w celu wypłaty świadczeń przyznanych przez Częstochowskie Centrum Świadczeń dla :

Pani/Pana……..……..…… na w/w rachunek bankowy, którego jestem właścicielem/współwłaścicielem. Zostałem poinformowany/a o celach przetwarzania danych oraz o przysługujących mi prawach w tym zakresie.

……..…… ……..……

miejscowość, data *podpis właściciela/współwłaściciela konta*

…… ……

miejscowość, data *podpis wnioskodawcy*

Uwaga!

Osoba ubiegająca się o wypłatę świadczenia zobowiązana jest do informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na formę i sposób wypłaty świadczeń.

Wprowadzono zmianę formy wypłaty w systemie informatycznym.

…….…….. ……

data *podpis i pieczątka pracownika dokonującego zmiany*