

Jastrzębie-Zdrój, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

**Ośrodek Pomocy Społecznej
w Jastrzębiu-Zdroju**

OŚWIADCZENIE O BRAKU MOŻLIWOŚCI SPRAWIENIA POCHÓWKU

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
podać stopień pokrewieństwa/ powinowactwa w stosunku do zmarłego

Śp. zmarłego / zmarłej dnia r.

Oświadczam, że nie jestem w stanie sprawić pogrzebu na własny koszt i we własnym zakresie.

Zmarły był:

osobą wierzącą wyznania..... / osobą niewierzącą / nie posiadam informacji*

wpisać wyznanie zmarłego

.....
Podpis

* niepotrzebne skreślić