……………………………………

miejscowość i data

………………………………

………………………………

………………………………

 ( imię i nazwisko, adres)

Ośrodek Pomocy Społecznej

w ……………………………

Proszę o udzielenie pomocy w formie świadczonych usług kompleksowej rehabilitacji w Środowiskowym Domu Samopomocy w Strzelcach Opolskich.