

.....  
(imię i nazwisko)

Legnica, dnia.....

.....  
(miejsce zamieszkania)

59-220 Legnica

Do Dyrektora  
MOPS w Legnicy

Proszę o zmianę decyzji nr DR.4041/FA/...../..... z dnia.....  
w części dotyczącej wysokości świadczenia z funduszu alimentacyjnego na dziecko:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

ze względu na podwyższenie alimentów.

.....  
(podpis)