

..... dnia .....  
*miejsowość*

.....  
*pieczętka stowarzyszenia*

## OPINIA

Dotycząca wniosku Pana/Pani .....  
*imię i nazwisko wnioskodawcy*

zam. ....  
*dokładny adres zamieszkania*

o przyznanie świadczenia pieniężnego.

Na podstawie wniosku wyżej wymienionej osoby i wypełnionego przez nią  
kwestionariusza oraz załączonych dokumentów i dowodów .....  
*nazwa stowarzyszenia*

w ..... wyraża **pozytywną / negatywną** /\*  
opinię w sprawie świadczenia pieniężnego na podstawie ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o  
*świadczeniu pieniężnym...* (Dz.U.Nr 87, poz. 395 z późn. zm).

Wnioskodawca przedstawił / nie przedstawił /\* na okoliczność wykonywania  
pracy przymusowej na deportacji (lub w obozie pracy) dowody/ów/\* doznanie represji  
w okresie:

od .....

.....

do .....

.....

łącznie: .....  
*ogółem liczba miesięcy*

/\* niepotrzebne skreślić

Zarząd nie uwzględnił następujących dokumentów / dowodów:

.....  
.....  
.....  
ponieważ.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wniosek kwalifikuje się do rozpatrzenia przez:

**Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych**  
**00 - 926 Warszawa, ul. Wspólna 2/4.**

.....  
*podpis i imienna pieczęć prezesa lub innego  
członka zarządu stowarzyszenia*

Załączniki:

*(dokumenty i dowody  
wymienione w kwestionariuszu)*

*/\* niepotrzebne skreślić*