

המחלקה לשרותים חברתיים

שם הרשות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אדון נכבד/גברת נכבדה,

הנדון: פנייתך למחלקה מיום: \_\_\_\_\_  
בענין: \_\_\_\_\_

לאחר עיון בבקשתך ובירור עניינך, החליטה המחלקה לשרותים חברתיים:

להיענות לבקשתך:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הינך רשאים/ת לערוך בכתב על החלטה זו מהיום ועד חצי שנה מעת קבלת הודעה זו, בפני ועד ערר.

כתובת הועדה: **ועדת ערר**

ת"ד 3028

חיפה 31030

בכבוד רב,

מנהל המחלקה