………………………………………………, …………………………………………..

 Miejscowość i data **МІСТО І ДАТА**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ**

Data urodzenia:    Nr systemowy: ………………………………………………………………………

**ДАТА НАРОДЖЕННЯ:** день місяць рік**№ У СИСТЕМІ**:

Numer telefonu **№ТЕЛЕФОНУ**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................

1. Adres zamieszkania: Ulica/nr domu/nr mieszkania Kod pocztowy Miejscowość

**МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ:** **ВУЛИЦЯ/№ БУДИНКУ/№ КВАРТИРИ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС МІСТО**

……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Adres do korespondencji, jeśli inny niż w punkcie 1: **АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ, ЯКЩО ВОНА ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ЗАЗНАЧЕНОЇ В ПУНКТІ 1**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Adres do wypłaty pomocy socjalnej, jeśli inny niż w punkcie 1: **АДРЕСА ДЛЯ ВИПЛАТИ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКЩО ВОНА ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ЗАЗНАЧЕНОЇ 1**

Czy ma Pani/Pan pełnomocnika?  Tak **ТАК ….…………………………………………………………………………………….………..…**  Nie **НІ**

**У ВАС Є АДВОКАТ?** Imię i nazwisko **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ**

Wniosek o udzielenie świadczenia pieniężnego na pokrycie we własnym zakresie kosztów pobytu na terytorium RP

**ЗАЯВА**

**ПРО НАДАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОКРИТТЯ ВЛАСНИХ ВИТРАТ,**

**ПОВ’ЯЗАНИХ З ПЕРЕБУВАННЯМ НА ТЕРИТОРІЇ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩІ**

Wniosek dotyczy mojej rodziny: **ЗАЯВА СТОСУЄТЬСЯ МОЄЇ СІМ’Ї:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ П/П** | Imię i nazwisko **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ** | Data urodzenia**ДАТА НАРОДЖЕННЯ** | Pokrewieństwo  **СТУПІНЬ СПОРІДНЕНОСТІ** | Nr systemowy**№ У СИСТЕМІ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Wniosek swój uzasadniam tym, iż **З МЕТОЮ ОБҐРУНТУВАННЯ ЦІЄЇ ЗАЯВИ ПОВІДОМЛЯЮ, ЩО**

…………..……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wiem, że mam obowiązek informowania organu prowadzącego moją sprawę o każdorazowej zmianie adresu pocztowego, a także poinformowano mnie, że w przypadku niedopełnienia tego obowiązku korespondencja kierowana na poprzednio podany adres będzie uważana za należycie doręczoną. **Я знаю, що про кожну зміну поштової адреси я зобов’язаний повідомляти орган, у якому ведеться моя справа, а також повідомлено, що у разі невиконання цього обов’язку кореспонденція, надіслана на раніше вказану адресу, вважатиметься належним чином доставленою.**

…………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………

Data **ДАТА** Czytelny podpis **РОЗБІРЛИВИЙ ПІДПИС**

W razie nieszczęśliwego wypadku proszę o poinformowanie: **В РАЗІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ НЕОБХІДНО ПОІНФОРМУВАТИ:**

……………………………………………………………………………………………  ⁻   

Imię i nazwisko **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ** Nr telefonu **НОМЕР ТЕЛЕФОНУ**

Oświadczam, że mam prawo do przekazania powyższych danych oraz, że osoba, której dane dotyczą, otrzymała ode mnie informację o zasadach przetwarzania danych przez Urząd do Spraw Cudzoziemców. **Я заявляю, що маю право на передачу вищевказаних даних і що особа котрої стосуються ці дані отримала від мене інформацію про принципи обробки даних Управлінням у Справах Іноземців.**

………………………….. ………………………………………………………………………..………………………………….

Data **ДАТА**  Podpis **ПІДПИС**

/WYPEŁNIA PRACOWNIK DPS/

Tłumaczenie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………. ……………………………………………………

Data Podpis pracownika

Opinia pracownika: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………. ……………………………………………………

Data Podpis pracownika