………………………………………………, on: …………………………………………….

 Miejscowość i data **PLACE AND DATE**

Imię i nazwisko **FULL NAME**:………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**BIRTH DATE** dd mm yyyy **SYSTEM NUMBER**

Numer telefonu **PHONE NO**.…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….

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

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

**ADDRESS: STREET/HOUSE NUMBER/APARTMENT NUMBER POST CODE** **PLACE**

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

2.Adres do korespondencji, jeśli inny niż w punkcie1.**CORRESPONDENCE ADDRESS (IF DIFFERENT THAN IN POINT 1)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………3. Adres do wypłaty pomocy socjalnej, jeśli inny niż w punkcie 1. **ADDRESS FOR PAYMENT OF SOCIAL ASSISTANCE (IF DIFFERENT THAN IN POINT 1**)
Czy ma Pani/Pan pełnomocnika?  Tak **Yes** …………………………………………………….……………………………………  Nie **No** **DO YOU HAVE AN ATTORNEY?** Imię i nazwisko **FULL NAME**

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

**APPLICATION**

**FOR FINANCIAL ALLOWANCE TO COVER OWN COSTS OF STAY ON THE TERRITORY**

**OF THE REPUBLIC OF POLAND**

Wniosek obejmuje również następujących członków mojej rodziny: T**HE APPLICATION ALSO INCLUDES THE FOLLOWING MEMBERS OF MY FAMILY:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | Imię i nazwisko **FULL NAME** | Data urodzenia **DATE OF BIRTH** | Pokrewieństwo **DEGREE OF RELATEDNESS** | Nr systemowy **SYSTEM NUMBER** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Wniosek swój uzasadniam tym, iż **THE JUSTIFICATION FOR THE APPLICATION** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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.

**I know that I have an obligation to inform the authority handling my case about each change of the postal address, and I was also informed that in the event of failure to fulfill this obligation, correspondence sent to the previously provided address will be considered duly delivered.**

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

Data **DATE** Czytelny podpis **LEGIBLE SIGNATURE**

W razie nieszczęśliwego wypadku proszę o poinformowanie: **IN CASE OF ACCIDENT PLEASE INFORM:**

……………………………………………………………………………….. ⁺ ⁻   

 NAME AND SURNAME PHONE NO.

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. **I hereby declare that I am entitled to transfer above data, and the data subject has received the information about the principles of data processing by the Office for Foreigners.**

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

Data **DATE**  Podpis **SIGNATURE**

/WYPEŁNIA PRACOWNIK DPS/

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

…………………….. …………………………………………………………

Data Podpis pracownika

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

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

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

……………………… …………………………………………………………

Data Podpis pracownika