………………………………………………, 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 zapewnienie opieki medycznej oraz udzielenie pomocy dla osoby korzystającej z ochrony czasowej na terytorium RP

**APPLICATION**

**FOR PROVIDING MEDICAL CARE AND GRANTING PROTECTION FOR PERSON UNDER TEMPORARY PROTECTION ON THE TERRITORY OF THE REPUBLIC OF POLAND**

**I hereby apply for the provision of medical care and assistance in the form of:**

Zwracam się z wnioskiem o zapewnienie opieki medycznej oraz udzielenie pomocy w postaci:

* **financial benefits for a person enjoying temporary protection in the territory of the Republic of Poland** / świadczenia pieniężnego dla osoby korzystającej z ochrony czasowej na terytorium RP.

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:**

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

 Imię i nazwisko **NAME AND SURNAME** Nr telefonu **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**