………………………………………………, 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 punkcie 1. **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 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