..………..………….……...…………………………………………………

Miejscowość i data **Город и дата**

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

Imię i nazwisko **ИМЯ И ФАМИЛИЯ**

Data urodzenia **ДАТА РОЖДЕНИЯ**    Nr systemowy……………………………………………………………….

dd/ДЕНЬ mm/МЕСЯЦ rrrr/ ГОД**№ В СИСТЕМЕ**

Numer telefonu **НОМЕР ТЕЛЕФОНА**……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**……………………………………………………………………………………………………………........................................................................................**

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

**АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: УЛИЦА/№ ДОМА/№ КВАРТИРЫ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ГОРОД**

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

2. Adres do korespondencji, jeśli inny niż w punkcie 1: **АДРЕС ДЛЯ ПОЧТОВЫХ ОТПРАВЛЕНИЙ** (Если отличается от пункта 1)

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

3. Adres do wypłaty pomocy socjalnej, jeśli inny niż w punkcie 1: **AДРЕС ДЛЯ ВЫПЛАТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**(Если отличается от пункта 1)

Czy ma Pani/Pan pełnomocnika?Tak **ДА**….……………………………………………………………………………………………………………….. Nie **НЕТ**

**У ВАС ЕСТЬ АДВОКАТ?** imię i nazwisko **ИМЯ И ФАМИЛИЯ**

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

**ЗАЯВЛЕНИE О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕБЫВАНИЕМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬШИ**

Wniosek obejmuje moją rodzinę **ЗАЯВЛЕНИЕ КАСАЕТСЯ МОЕЙ СЕМЬИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ П/П** | Imię i nazwisko**ИМЯ И ФАМИЛИЯ** | Data urodzenia **ДАТА РОЖДЕНИЯ** | Stopień pokrewieństwa **СТЕПЕНЬ РОДСТВА** | Nr systemowy **№ В СИСТЕМЕ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Wniosek swój uzasadniam tym, iż: **CВОЁ ЗАЯВЛЕНИЕ ОБОСНОВЫВАЮ ТЕМ**: …………………………………………………………………

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

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

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

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, что имею обязанность информировать орган, рассматривающий мое дело, о каждом изменении почтового адреса, а также мне сообщили, что в случае невыполнения этого обязательства корреспонденция, отправленная на ранее указанный адрес, будет считаться доставленной надлежащим образом.**

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

………………………………………… Czytelny podpis **РАЗБОРЧИВАЯ ПОДПИСЬ**

Data **ДАТА**

W razie nieszczęśliwego wypadku proszę o poinformowanie: **В СЛУЧАЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, ПОЖАЛУЙСТА,** **СООБЩИТЕ**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Imię i nazwisko **ИМЯ И ФАМИЛИЯ**  Nr telefonu **НОМЕР ТЕЛЕФОНА**

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, что имею право передавать вышеуказанные данные и что субъект данных получил от меня информацию о принципах обработки данных Управлением по Делам Иностранцев.**

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

Data **ДАТА** Podpis **ПОДПИСЬ**

/WYPEŁNIA PRACOWNIK DPS/

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

…………………….. …………………………………………………………

Data Podpis pracownika

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

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

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

……………………… …………………………………………………………

Data Podpis pracownika