..………..………….……...…………………………………………………

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВНАНИЯ, А ТАКЖЕ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦУ ПОЛЬЗУЮЩЕМУСЯ ВРЕМЕННОЙ ЗАЩИТОЙ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬША**

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

**Я обращаюсь с просьбой об обеспечении медицинского обслуживания, а также оказании помощи в виде:**

* **денежного пособия для пользующегося временной защитой на территории Республики Польша.** /świadczenia pieniężnego dla osoby korzystającej z ochrony czasowej na terytorium RP.

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.** |  |  |  |  |

Wiem, że mam obowiązek zawiadomienia Szefa Urzędu do spraw Cudzoziemców o każdej zmianie mojego adresu, a także o tym, że w przypadku zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

**Я знаю, что обязан уведомить начальника Управления по делам иностранцев о любом изменении моего адреса и что в случае невыполнения этой обязанности доставка письма по действующему адресу имеет юридическую силу.**

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

Data **ДАТА** Czytelny podpis **РАЗБОРЧИВАЯ ПОДПИСЬ**

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**