**DPS- wniosek o świadczenia realizowane poza ośrodkiem**

.....................،......................

 (المدينة والتاريخ)

**البيانات الشخصية لأحد الوالدين البيانات الشخصية للطفل القاصر**

الاسم واللقب العائلي:.................................................................................. الاسم واللقب العائلي:...................................................................................

رقم التعريف:  رقم التعريف: 

تاريخ الميلاد:    تاريخ الميلاد:  

 *سنة شهر يوم سنة شهر يوم*

**عناوين الاتصال:**

مكان السكن الحالي عنوان السكن الجديد، إذا كان مختلفا عن الحالي

**................................................................................ ............................................................................**

الشارع، رقم البيت / رقم الشقة الشارع، رقم البيت / رقم الشقة

**  .................................................   ...............................................**

الرمز البريدي المدينة الرمز البريدي المدينة

............................................................................................. العنوان صالح من تأريخ:................................................................

رقم الهاتف/ اختياريا/

**طلب**

**للحصول على معونات نقدية لتغطية تكاليف الإقامة في أراضي جمهورية بولندا بشكل مستقل خارج مركز الأجانب للأسباب التالية:**

* حماية الروابط الأسرية والحفاظ عليها
* أسباب تنظيمية

**إني أبرر طلبي بحقيقة أن**:..............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

اُقر أنا بأنه تم إبلاغي بالالتزام بإخطار السلطة التي تجري الإجراءات بأي تغيير في عنواني، فضلا عن حقيقة أنه في حالة إهمالي لهذا الالتزام، سُتعتبر الخطابات المرسلة إلى العنوان المقدم مني على أنها قد اُستلمت مني بالفعل، مع كل الآثار القانونية المترتبة علي ذلك.

................................................................... .......................................................................

التاريخ توقيع أحد الوالدين

الترجمة...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................رأي الموظف المسؤول:.................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

 ........................................ .............................

التاريخ: التوقيع:

في حالة وقوع حادث مؤسف لي، يرجى إبلاغ من يلي:

............................................................................................    - ⁺

 الاسم واللقب رقم الهاتف

اُقر أنا بأني مؤهل قانونا لتقديم البيانات المذكورة أعلاه، وبأن الشخص الذي تتعلق به هذه البيانات قد تلقى مني معلومات حول مبادئ معالجة البيانات من قبل إدارة شؤون الأجانب.

 ................... ...........................

 التاريخ: توقيع أحد الوالدين