………………………………………………, ……………………………………….

 Miejscowość i data **Город и дата**

Dane personalne rodzica Dane personalne małoletniego

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РОДИТЕЛЯ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ МАЛОЛЕТНЕГО**

**ИМЯ И ФАМИЛИЯ**: ……………………………………………….. **ИМЯ И ФАМИЛИЯ**: ………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko imię i nazwisko

**ДАТА РОЖДЕНИЯ**:    **ДАТА РОЖДЕНИЯ**:   

Data ur. ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОДData ur. ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД

**№ В СИСТЕМЕ** ………………………………………………………… **№ В СИСТЕМЕ** …………………………………………………………………………..

Nr systemowy Nr systemowy

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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.**

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

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**

/WYPEŁNIA PRACOWNIK DPS/

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

……………………………. ……………………………………………………

Data Podpis pracownika

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

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

……………………………. ……………………………………………………

Data Podpis pracownika