

**WNIOSEK O POMOC**

1. Nazwisko i imię .....

2. PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Adres .....

4. Telefon .....

5. Osoby do kontaktu (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....

Proszę o przyznanie

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

**UZASADNIENIE**

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie - symbol OP

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy