

Koszalin, dnia

Dane osobowe wychowanka
wraz z adresem, nr dowodu osobistego, nr PESEL i nr telefonu

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

**Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
al. Monte Casino 2**

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki**

Dotyczy:

- 1) osób usamodzielnianych z pieczy zastępczej, tj. rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo – wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo – terapeutycznej*
- 2) osób usamodzielnianych opuszczających dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę, młodzieżowy ośrodek wychowawczy*

W związku z uzyskaniem pełnoletności w dniu proszę o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki.

Naukę będę kontynuował/a w
w klasie semestrze

Opinia opiekuna usamodzielnienia (dotyczy pkt. 2)

.....
.....

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielniania)

* **zaznaczyć właściwe**

.....
(data i podpis wychowanka)

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

.....
(data podpis wnioskodawcy)