

.....
(miejscowość i data)

Dane osobowe z adresem, nr dowodu osobistego,
nr pesel i nr telefonu

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

**Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
al. Monte Cassino 2
75-412 Koszalin**

WNIOSEK

Wnoszę o:

- ☐ Odstąpienie od ustalenia opłaty*
- ☐ Umorzenie należności z tytułu ustalonej opłaty*
- ☐ Rozłożenie na raty ustalonej opłaty*
- ☐ Odroczenie terminu spłaty ustalonej opłaty*

*zaznaczyć właściwe

Za pobyt w pieczy zastępczej :

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	DATA URODZENIA

Załączniki:

- ☐ oświadczenie o sytuacji rodzinnej i dochodowej,
☐
☐
☐

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji obowiązków ustawowych – symbol RB.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)