

.....  
(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\***

**Od dnia .....** roku (pole obowiązkowe)

**\*zaznaczyć właściwe**

**Za pobyt w pieczy zastępczej :**

<b>IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA</b>	<b>DATA URODZENIA</b>

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)