

.....
(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 :

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)