**DPS- wniosek o świadczenia realizowane poza ośrodkiem**

**INFORMATIONS PERSONNELLES DE L’APPLICANT :**  ……………………………………………………… , le………………………………………………… ..

(Lieu et date)

NOM COMPLET :………………………………………………………………………………………………………

N° REF:

DATE DE NAISSANCE :   

*jj mm aaaa*

**COORDONNÉES :**

LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE/CENTRE NOUVELLE ADRESSE DE RÉSIDENCE, SI DIFFÉRENTE DE L'ANCIENNE

**………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………**

RUE, NUMÉRO DE MAISON/NUMÉRO D'APPARTEMENT RUE, NUMÉRO DE MAISON/NUMÉRO D'APPARTEMENT

**** **………………………………………………………………** **……………………………………………………………………………….**

CODE POSTAL VILLE CODE POSTAL VILLE

...................................................................................... ADRESSE VALABLE À PARTIR DE : ................................................................................................................................

N° DE TÉLÉPHONE /FACULTATIF/

**APPLICATION**

**POUR RECEVEOIR UN AVANTAGE EN ESPÈCES POUR COUVRIR PAR SOI-MÊME LES FRAIS DE SÉJOUR SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE DE POLOGNE POUR LES RAISONS SUIVANTES :**

* RAISONS ORGANISATIONNELLES
* PROTECTION ET MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX
* PROTECTION DE L'ORDRE PUBLIC
* POUR ASSURER MA SÉCURITÉ
* APRÈS AVOIR REÇU UNE DÉCISION SUR LE STATUT DE RÉFUGIÉ OU SUR LA PROTECTION SUBSIDIAIRE

**L’APPLICATION COUVRE MA FAMILLE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO D’ORDRE** | **NOM COMPLET** | **DATE DE NAISSANCE** | **RELATION/AFFINITÉ** | **N° REF** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

**LA RAISON DE MON APPLICATION EST QUE:**………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Je déclare avoir été informé de l'obligation d'informer l'autorité chargée de l'enquête de tout changement d'adresse et que, si l'obligation d'aviser l'autorité chargée de la procédure du changement d'adresse n'est pas remplie, la signification de la lettre avec l'ancienne adresse a un effet juridique.

…………………………………………………………… ……………………………………………………………

DATE SIGNATURE

TRADUCTION……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

OPINION DU MEMBRE DE PERSONEL DU CENTRE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................

………………. ………………………

DATE : SIGNATURE :

EN CAS D'ACCIDENT, VEUILLEZ INFORMER :

............................................................................................ ⁺ ⁻   

NOM ET PRÉNOM NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Je déclare être autorisé à fournir les données susmentionnées et que la personne à laquelle ces données se rapportent a été informée par mes soins des principes du traitement des données par l'Office des étrangers.

………………. ………………………

DATE : SIGNATURE :