………………………………………………, …………………………………..

(Город и дата)

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ:………………………………………………………………………………………………………

ДАТА РОЖДЕНИЯ:   

*ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД*

**ДАННЫЕ ДЛЯ КОНТАКТА:**

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА/ЦЕНТР

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

УЛИЦА, № ДОМА/№ КВАРТИРЫ

** ………………………………………………………………**

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ГОРОД

⁺ ⁻   

№ ТЕЛЕФОНА /НЕОБЯЗАТЕЛЬНО/

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВНАНИЯ, А ТАКЖЕ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦУ ПОЛЬЗУЮЩЕМУСЯ ВРЕМЕННОЙ ЗАЩИТОЙ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬША

Я обращаюсь с просьбой об обеспечении медицинского обслуживания, а также оказании помощи в виде

* денежного пособия для пользующегося временной защитой на территории Республики Польша.

**ЗАЯВЛЕНИЕ КАСАЕТСЯ МОЕЙ СЕМЬИ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ П/П** | **ИМЯ И ФАМИЛИЯ** | **ДАТА РОЖДЕНИЯ** | **СТЕПЕНЬ РОДСТВА/РОДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ** | **№ В СИСТЕМЕ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Я заявляю, что я был проинформирован об обязанности уведомления Шефа Управления по делам иностранцев о каждом изменении моего адреса, а также о том, что в случае пренебрежения этой обязанностью доставка письма по прежнему адресу имеет правовое последствие.

………………. ………………………

ДАТА ПОДПИСЬ