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

 ………………………………………………, …………………………………..

 (Місто і дата)

**ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ БАТЬКА/МАТЕРІ ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ МАЛОЛІТНЬОГО**

ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ:……………………………………………………………………………………………………… ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ:………………………………………………………………………………………………………

№ У СИСТЕМІ:  № У СИСТЕМІ: 

ДАТА НАРОДЖЕННЯ:    ДАТА РОЖДЕНИЯ:   

 *ДЕНЬ МІСЯЦЬ РІК ДЕНЬ МІСЯЦЬ РІК*

**ДАНІ ДЛЯ КОНТАКТУ:**

АКТУАЛЬНЕ МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ/ЦЕНТР НОВА АДРЕСА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ, ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ПОТОЧНОЇ

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

ВУЛИЦЯ, № БУДИНКУ/№ КВАРТИРИ ВУЛИЦЯ, № БУДИНКУ/№ КВАРТИРИ

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

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС МІСТО ПОШТОВИЙ ІНДЕКС МІСТО

⁺ ⁻   

№ ТЕЛЕФОНУ /НЕОБОВ’ЯЗКОВО/

**ЗАЯВА**

**ПРО НАДАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОКРИТТЯ ВЛАСНИХ ВИТРАТ,
ПОВ’ЯЗАНИХ З ПЕРЕБУВАННЯМ НА ТЕРИТОРІЇ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩІ У ЗВ’ЯЗКУ ІЗ:**

* ЗАХИСТОМ ТА ПІДТРИМАННЯМ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН
* ОРГАНІЗАЦІЙНИМИ ВИТРАТАМИ

**З МЕТОЮ ОБҐРУНТУВАННЯ ЦІЄЇ ЗАЯВИ ПОВІДОМЛЯЮ, ЩО**: …………………..……………………………………………………………………………………………..

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

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

Я заявляю, що мені роз’яснено обов’язок повідомляти орган, у провадженні якого перебуває моя справа, про кожну зміну своєї поштової адреси, а також мені надана інформація про те, що у випадку недотримання цього обов’язку надіслана на вказану раніше адресу кореспонденція буде вважатися врученою належним чином.

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

ДАТА ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ

ПЕРЕКЛАД:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ВИСНОВОК ПРАЦІВНИКА: ………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

 ………………. ………………………

ДАТА ПІДПИС

В РАЗІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ НЕОБХІДНО ПОІНФОРМУВАТИ:

……………………………………………………………………………….. ⁺ ⁻   

 ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

Я заявляю, що маю право на передачу вищевказаних даних і що особа котрої стосуються ці дані отримала від мене інформацію про принципи обробки даних Управлінням у Справах Іноземців.

 ………………. ………………………

 ДАТА ПІДПИС