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

 ………………………………………………, …………………………………..

 (Місто і дата)

**ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ЗАЯВНИКА:**

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

№ У СИСТЕМІ: 

ДАТА НАРОДЖЕННЯ:   

 *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

⁺ ⁻   

**ЗАЯВА**

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

* ОРГАНІЗАЦІЙНИМИ ВИТРАТАМИ
* ЗАХИСТОМ ТА ПІДТРИМАННЯМ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН
* ЗАХИСТОМ ГРОМАДСЬКОГО ПОРЯДКУ
* ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ МОЄЇ БЕЗПЕКИ
* ПІСЛЯ ОТРИМАННЯ РІШЕННЯ ПРО НАДАННЯ МЕНІ СТАТУСУ БІЖЕНЦЯ АБО ДОДАТКОВОГО ЗАХИСТУ

**ЗАЯВА СТОСУЄТЬСЯ МОЄЇ СІМ’Ї:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ П/П** | **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ** | **ДАТА НАРОДЖЕННЯ** | **СТУПІНЬ СПОРІДНЕНОСТІ/РОДИННІ ЗВ’ЯЗКИ** | **№ У СИСТЕМІ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

**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

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