………………………………………………, dn…………………………………..

 (Miejscowość i data)

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

IMIĘ I NAZWISKO:………………………………………………………………………………………………………

DATA URODZENIA:   

 *dd mm rrrr*

**DANE KONTAKTOWE:**

AKTUALNE MIEJSCE ZAMIESZKANIA

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

ULICA, NR DOMU/NR MIESZKANIA

** ………………………………………………………………**

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

⁺ ⁻   

NR TELEFONU /DOBROWOLNIE/

**WNIOSEK**

**O ZAPEWNIENIE OPIEKI MEDYCZNEJ ORAZ UDZIELENIE POMOCY DLA OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z OCHRONY CZASOWEJ NA TERYTORIUM RP**

Zwracam się z wnioskiem o zapewnienie opieki medycznej oraz udzielenie pomocy w postaci:

* świadczenia pieniężnego dla osoby korzystającej z ochrony czasowej na terytorium RP.

WNIOSEK OBEJMUJE MOJĄ RODZINĘ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **DATA URODZENIA** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA/POWINOWACTWA** | **NR SYSTEMOWY** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o obowiązku zawiadomienia Szefa Urzędu do spraw Cudzoziemców o każdej zmianie mojego adresu, a także o tym, że w przypadku zaniedbania tego obowiązku doręczenia pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

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

DATA PODPIS