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

 ………………………………………………, …………………………………..

 (Город и дата)

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:**

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

№ В СИСТЕМЕ: 

ДАТА РОЖДЕНИЯ:   

 *ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД*

**ДАННЫЕ ДЛЯ КОНТАКТА:**

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА/ЦЕНТР НОВЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НАСТОЯЩЕГО

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

УЛИЦА, № ДОМА/№ КВАРТИРЫ УЛИЦА, № ДОМА/№ КВАРТИРЫ

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

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ГОРОД ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ГОРОД

**ЗАЯВЛЕНИE**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ РАСХОДОВ,
СВЯЗАННЫХ С ПРЕБЫВАНИЕМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬШИ В СВЯЗИ С:**

* OРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ
* ЗАЩИТОЙ И ПОДДЕРЖАНИЕМ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ
* ЗАЩИТОЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПОРЯДКА
* ОБЕСПЕЧЕНИЕМ МОЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ
* ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МНЕ СТАТУСА БЕЖЕНЦА ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

**ЗАЯВЛЕНИЕ КАСАЕТСЯ МОЕЙ СЕМЬИ:**

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

**ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ СООБЩАЮ, ЧТО**: …………………………………………………………………………………………………………

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

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

Я заявляю, что мне разъяснена обязанность сообщать органу, в производстве которого находится моё дело, о каждом изменении своего почтового адреса, а также мне предоставлена информация о том, что в случае несоблюдения данной обязанности отправленная по ранее указанному адресу корреспонденция будет считаться врученной надлежащим образом.

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

ДАТА ПОДПИСЬ

ПЕРЕВОД: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СОТРУДНИКА: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

 ………………. ………………………

ДАТА ПОДПИСЬ

В СЛУЧАЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, ПОЖАЛУЙСТА, СООБЩИТЕ:

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

 ИМЯ И ФАМИЛИЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Я заявляю, что имею право передавать вышеуказанные данные и что субъект данных получил от меня информацию о принципах обработки данных Управлением по Делам Иностранцев.

 ………………. ………………………

 ДАТА ПОДПИСЬ