………………………………………… (miejscowość i data)

 ………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………

…………………………………………

(adres)

………………………………………..

(numer telefonu)

 **Powiatowe Centrum
 Pomocy Rodzinie**

 **w Wodzisławiu Śląskim**

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY PIENIĘŻNEJ**

**NA USAMODZIELNIENIE**

Wnoszę o przyznanie mi pomocy pieniężnej na usamodzielnienie.

Jestem pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/placówki\*…………………………………….

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

i realizuję indywidualny program usamodzielnienia z dnia……………………………………………

Otrzymaną pomoc przeznaczę na:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o wypłatę pomocy na następujący numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie informować Powiatowe Centrum Pomocy w Wodzisławiu Śląskim o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo niniejszego świadczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną, dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.

\* Niepotrzebne skreślić.

……………………………………… ………………………………………………

 (podpis wychowanka) (podpis opiekuna usamodzielnienia)