

Koszalin, dnia .....

Dane osobowe wychowanka  
wraz z adresem, nr dowodu osobistego, nr PESEL i nr telefonu

.....  
.....  
.....

**Centrum Usług Społecznych  
w Koszalinie  
al. Monte Casino 2**

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki**

W związku z uzyskaniem pełnoletności w dniu ..... proszę o przyznanie pomocy  
na kontynuowanie nauki.

Naukę będę kontynuował/a w .....

(pełna nazwa szkoły/uczelni)

w klasie ..... semestrze .....

Opinia opiekuna usamodzielnienia

.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....  
(data i podpis wychowanka)

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez  
Centrum Usług Społecznych w Koszalinie - symbol US

.....  
(data podpis wnioskodawcy)

**Dotyczy:**

- osób usamodzielnianych z pieczy zastępczej, tj. rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo – wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo – terapeutycznej \*
- osób usamodzielnianych opuszczających dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę, młodzieżowy ośrodek wychowawczy \*

\* wypełnia pracownik

.....  
(data i podpis pracownika socjalnego/koordynatora)