

Koszalin, dnia .....

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

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

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

### WNIOSEK

#### o przyznanie pomocy na usamodzielnianie

W związku z usamodzielnieniem się proszę o przyznanie pomocy na usamodzielnienie.

Naukę zakończyłam/em w dniu .....

Wyżej wymienioną pomoc przeznaczę na: .....

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 i 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)