

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 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)