

.....  
(miejscowość i data)

Dane osobowe z adresem, nr dowodu osobistego,  
nr pesel i nr telefonu

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

**Centrum Usług Społecznych  
w Koszalinie  
Al. Monte Cassino 2,  
75-412 Koszalin**

### WNIOSEK

#### Wnoszę o:

- Odstąpienie od ustalenia opłaty\*
- Umorzenie należności z tytułu ustalonej opłaty\*
- Rozłożenie na raty ustalonej opłaty\*
- Odroczenie terminu spłaty ustalonej opłaty\*

Od dnia ..... roku (pole obowiązkowe)

**\*zaznaczyć właściwe**

Za pobyt w pieczy zastępczej:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	DATA URODZENIA

Załączniki:

- oświadczenie o sytuacji rodzinnej i dochodowej,
- .....
- .....
- .....

*Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji obowiązków ustawowych – symbol RB.*

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)