

Jaworzno, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

DO DYREKTORA
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ
W JAWORZNI

WNIOSEK

Proszę o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki. Jestem pełnoletnią wychowanką/
pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/ instytucjonalnej pieczy zastępczej¹:

.....
(nazwisko i imię rodziny zastępczej/ nazwa i adres placówki)

Łączny czas pobytu w pieczy zastępczej wynosi lat.

Proszę o wypłacanie wyżej wymienionej pomocy na konto bankowe:

.....
Zobowiązuje się osobę usamodzielnianą do realizacji postanowień zawartych w Indywidualnym Programie Usamodzielnienia oraz do wykorzystania przyznanej pomocy pieniężnej na zaspokojenie ważnej potrzeby życiowej, zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami oraz zakresem przeznaczenia określonego w decyzji administracyjnej.

Załączniki:

- 1)
- 2)

.....
Data i podpis pracownika

.....
Data i podpis wnioskodawcy

1 Niepotrzebne skreślić.