

Jaworzno, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

DO DYREKTORA  
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ  
W JAWORZNIE

WNIOSEK

Proszę o przyznanie pomocy na usamodzielnienie. Jestem pełnoletnią wychowanką/  
pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/ instytucjonalnej pieczy zastępczej<sup>1</sup>:

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

Łączny czas pobytu w pieczy zastępczej wynosi ..... lat.

Powyższą pomoc planuję przeznaczyć na: .....

.....  
Proszę o wypłacenie 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.