………………………………………… ………………………………………

 (miejscowość i data)

(imię i nazwisko)

…………………………………………

…………………………………………

(adres)

………………………………………..

(numer telefonu) **Powiatowe Centrum
 Pomocy Rodzinie**

 **w Wodzisławiu Śląskim**

 **WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY PIENIĘŻNEJ**

 **NA KONTYNUOWANIE NAUKI**

Wnoszę o przyznanie mi pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki w roku szkolnym…………….

Jestem pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/placówki\*…………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

Obecnie kontynuuję naukę :

1. W szkole/uczelni (nazwa szkoły/uczelni):

……………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………..

1. W zakładzie kształcenia nauczycieli……………………………………………………………  ………………………….………………………………………………………………………
2. Na kursach, w których ukończenie jest zgodne z indywidualnym programem usamodzielnienia tj:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. U pracodawcy w celu przygotowania zawodowego …………………………………………... …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Powyższą naukę ukończę w roku:………………

Proszę o wypłatę pomocy na następujący numer rachunku bankowego :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam,  że  zobowiązuje  się  niezwłocznie  informować  Powiatowe  Centrum Pomocy Rodzinie
w Wodzisławiu Śląskim o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo niniejszego świadczenia.

 Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną, dotyczącą przetwarzania danych

 osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim.

**ZAŁĄCZNIK: zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki.**

 \* Niepotrzebne skreślić.

……………………………………… ………………………………………………

 (data i podpis wychowanka) (data i podpis opiekuna usamodzielnienia)