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

 miejscowość, data

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

*/imię i nazwisko/*

ul. ...........................................................

...... - …... ..............................................

*/adres zamieszkania/*

 Nr Tel.…………………………………

 **Dyrektor**

 **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie**

# **Wniosek**

# **o udzielenie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki**

**Proszę o udzielenie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki.**

Jednocześnie informuję, że:

Jako pełnoletnia osoba po opuszczeniu rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo – terapeutycznej\*

zamieszkam/zamieszkuję\* w ................................................................................................................

 (podać adres)

* Obecnie uczęszczam do .....................................................................................................................

 (nazwa szkoły)

klasa/rok\*................................... Powyższą szkołę/uczelnię\* planuję ukończyć ………………………

Proszę, żeby przyznana pomoc pieniężna wpływała na konto:

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

Uprzejmie proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

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

 (data i własnoręczny podpis osoby usamodzielnianej)

Opinia opiekuna:

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

 (własnoręczny podpis opiekuna usamodzielnienia)

**\*** **-** niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe