.....
imię i nazwisko

.....
pesel

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

.....
email

.....
miejscowość, data

Legnica, data .....

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Legnicy

Proszę o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki.

Oświadczam, że jako osoba pełnoletnia opuściłam/em w dniu .....:.....

a) rodzinną pieczę zastępczą* (proszę o podanie danych rodziny zastępczej).....

.....

b) instytucjonalną pieczę zastępczą* tj. placówkę opiekuńczo-wychowawczą (proszę o podanie nazwy placówki): .....

.....

Oświadczam, że kontynuuje naukę w .....

.....

.....

planowana data ukończenia szkoły: :.....

Pomoc pieniężną proszę przekazać na wskazane konto bankowe:

numer konta bankowego

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego wniosku.

.....
data i podpis wnioskodawcy

*właściwe podkreślić

W załączeniu:
1. Aktualny program usamodzilenienia.
2. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.