…………………………………… Bolesławiec, dnia………………...

……………………………………

 (imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

……………………………………

……………………………………

 (adres zamieszkania)

…………………………………...

 (numer telefonu)

  **Powiatowe Centrum**

 **Pomocy Rodzinie**

 **w Bolesławcu**

 Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki od miesiąca ………………………… . Przyznaną pomoc proszę o przekazanie na wskazane konto:

Imię i nazwisko posiadacza konta ………………………………………………………………

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………

Numer konta …………………………………………………………………………………….

 …………………………………………

 ( data i podpis osoby usamodzielnianej)