…………………………………… 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)