*Wzór*

 ……………………………………………………………………

 (miejscowość, data)

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………....

(imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

 w Nakle nad Notecią

 Zespół ds. pieczy zastępczej

 ul. Dąbrowskiego 46

 89-100 Nakło nad Notecią

**WNIOSEK O PRZYZNANIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE NIEZBĘDNYCH KOSZTÓW DZIECKA PRZYJMOWANEGO DO RODZINY ZASTĘPCZEJ/RODZINNEGO DOMU DZIECKA**\*.

1. Dane dziecka, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………................................................................. wiek dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na zakup:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **przedmiot** | **cena** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **łącznie** |  |

\* niepotrzebne skreślić

3. Pomoc proszę przekazać na rachunek bankowy …………………………………………………………………………….

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

 ……………………………………………………………

 (podpis opiekuna zastępczego)

3. Opinia koordynatora/pracownika Organizatora……………………………………………………………………………….

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

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

 ……………………………………………………………………

 (data, podpis, pieczątka koordynatora/pracownika Organizatora)