*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 DODATKU NA PEŁNOLETNIEGO WYCHOWANKA LEGITYMUJĄCEGO SIĘ ORZECZENIEM O ZNACZNYM LUB UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**NA POKRYCIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW UTRZYMANIA**

1. Dane pełnoletniego wychowanka, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………................................................................. data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………...

2. Pomoc proszę przekazywać na rachunek bankowy …………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………..

(podpis opiekuna zastępczego)

Do wniosku dołączam:

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..