*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 ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH**

 **Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI**

1. Opis zdarzenia losowego lub innego zdarzenia mającego wpływ na jakość sprawowanej opieki

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

2. Termin wystąpienia zdarzenia …………………………………………………………………………………………………………

3. Uzasadnienie wniosku………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

 ……………………………………………………………..

 (podpis opiekuna zastępczego)

Do wniosku dołączam:

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..