*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

**ROZLICZENIE ŚWIADCZENA NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH DARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI**

1. Opis zdarzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Otrzymana kwota: ……………………………………………………………………………………………………………………………

3. Świadczenie zostało przeznaczone na:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** |  **przedmioty, artykuły, koszt robocizny, transport** | **cena** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łącznie wydatkowano** |  |

 ……………………………………………………………..

 (podpis opiekuna zastępczego)

Do wniosku dołączam:

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

5. Opinia koordynatora/pracownika Organizatora:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………….…….……………………………………………

 (data, podpis pieczątka koordynatora/pracownika PCPR)