

.....
/miejsowość, data/

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....
/adres zamieszkania/
.....
.....

Nr telefonu:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
Grudziądzu
ul. Małomłyńska 1
86-300 Grudziądz**

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE NIEZBĘDNYCH
KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POTRZEBAMI DZIECKA
PRZYJMOWANEGO DO RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej:

.....
/imię i nazwisko dziecka, data urodzenia/

Uzasadnienie wniosku (na co zostanie wykorzystane świadczenie):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zobowiązuję się do przedłożenia, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przyznanych środków, rachunków lub faktur, potwierdzających poniesione koszty związane z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej.

Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem* się z „Zasadami przyznawania świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej”, w pełni je akceptuję, a w szczególności zobowiązuję się do rozliczenia przyznanego dofinansowania pod rygorem zwrotu jak za świadczenia nienależnie pobrane.

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy w Banku

nr

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

* niewłaściwe skreślić

Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/data, podpis koordynatora/

Uwagi pracownika rozpatrującego wniosek:

W drodze decyzji administracyjnej przyznać świadczenie w kwocie zł
(słownie złotych:)

Odmówić przyznania świadczenia (uzasadnienie)

.....
.....
.....
.....

.....
/data, podpis pracownika/

Decyzja Kierownika PCPR

.....
/zatwierdzam / nie zatwierdzam do realizacji/

.....
/data, podpis Kierownika PCPR/