

.....
Miejscowość i data

.....
(Imiona i nazwiska osób tworzących rodzinę zastępczą)

.....
(Adres zamieszkania)

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA

Wnosimy o przyznanie miesięcznego świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka

..... ul.

umieszczonego w rodzinie zastępczej spokrewnionej / niezawodowej, którą wspólnie
tworzymy.

Prosimy o przekazywanie świadczenia **na rachunek bankowy/przekazem bankowym na adres***:

.....

(Podpisy)

*Niepotrzebne skreślić

.....
(nazwisko i imię oraz adres osób tworzących rodzinę zastępczą)

.....
(miejscowość i data)

.....

.....

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Wolińska 7b
72-400 Kamień Pomorski

Zwracam się z prośbą o przyznanie dodatku w kwocie **239 zł** miesięcznie na pokrycie
zwiększonych kosztów utrzymania dziecka
ur. umieszczonego w naszej rodzinie zastępczej, w związku
z legitymowaniem się orzeczeniem niepełnosprawności.

Świadczenie proszę przekazywać na konto bankowe nr

.....

.....
(podpisy osób tworzących rodzinę zastępczą)

W załączeniu:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności