

Mińsk Mazowiecki, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziny zastępczej/prowadzącego RDD).....
(miejsce zamieszkania)

tel.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinieul. Konstytucji 3 Maja 16,
05-300 Mińsk Mazowiecki**WNIOSEK****o przyznanie świadczenia na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki**

Wnoszę o przyznanie świadczenia jednorazowego/ okresowego* na pokrycie wydatków 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. Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na nabycie następujących rzeczy lub usług:

L.p.	Rzecz/ Usługa	Cena w zł
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Suma		

Wypełnić w przypadku wniosku o świadczenie okresowe:

Przyznanie świadczenia okresowego, tj. na okres....., jest zasadne z następujących względów:

.....

.....
 (podpis wnioskodawcy)

Opinia koordynatora:

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

.....
(podpis koordynatora)

* niepotrzebne skreślić

* niepotrzebne skreślić