Pieczęć podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej	Data wpływu wniosku do urzędu * …… *wypełnia urząd

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE NA POKRYCIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI

1. Wnioskodawca: .....

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

2. Dane dziecka:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

3. Wnoszę o przyznanie wyżej wymienionego świadczenia z powodu (opis sytuacji):

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

4. Wykaz dołączonych załączników: .....

.....

.....

5. Pomoc pieniężną proszę przekazać na rachunek bankowy:

Właściciel rachunku bakowego: .....

Numer rachunku bankowego:

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej, przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny za składanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem rzeczywistym.

…….…… ……...……

(data) (podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

Jednocześnie przyjęłam/przyjąłem do wiadomości, iż dnia …… wszczęto postępowanie administracyjne w sprawie pomocy zgodnie z niniejszym wnioskiem, które po przeprowadzeniu postępowania w sprawie zostanie zakończone decyzją administracyjną w terminie zgodnym z KPA.

……...……

(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

<u>WYPEŁNIA URZĄD:</u>

Przyznana wysokość świadczenia .....

.....

Chojnice, dnia …….. ……...……

(podpis i pieczątka pracownika)

Decyzja podmiotu realizującego świadczenie z tytułu pieczy zastępczej:

……...

……...

……...

Chojnice, dnia …… ……...…….…..……

(podpis i pieczątka Dyrektora PCPR)