



Data wpływu do PCPR we Włoszczowie

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
we Włoszczowie  
ul. Wiśniowa 10  
29-100 Włoszczowa**

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW  
UTRZYMANIA DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ**

1. WNIOSKODAWCA, stanowiący dla małoletniego/małoletnich rodzinę zastępczą:

spokrewnioną                       niezawodową                       zawodową

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

2. Wnoszę o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka/dzieci  
umieszczonego/-ych w rodzinie zastępczej:

.....ur.....  
imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

.....ur.....  
imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

.....ur.....  
imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

.....ur.....  
imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

Świadczenie pieniężne proszę przekazywać na rachunek bankowy numer:

.....  
.....

3. Oświadczam, że dziecko w rodzinie zastępczej zostało umieszczone na podstawie  
postanowienia Sądu :

.....  
( sąd, nazwa, z dnia, sygnatura akt )

i przebywa w rodzinie zastępczej faktycznie od dnia .....

.....,dnia.....

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie moich danych osobowych w celach związanych z działalnością Centrum w systemach informatycznych, skorowidzach, kartotekach, teczках osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych.**

.....  
(data i podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)