|  |
| --- |
|  |

*Data wpływu do PCPR we Włoszczowie*

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**we Włoszczowie**

**ul. Wiśniowa 10**

**29-100 Włoszczowa**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE 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, teczkach osobowych, wykazach
i innych zbiorach ewidencyjnych.**

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

 (data i podpis osoby ubiegającej się o świadczenie)