

Starogard Gdański, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziny zastępczej)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr i seria dowodu osobistego)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Mickiewicza 9
83-200 Starogard Gdański**

**Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka
przebywającego w pieczy zastępczej**

Zwracam/zwracamy się z prośbą przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka/ dzieci:

1).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

2).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

3).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

4).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

5).....
(imię i nazwisko dziecka, data i miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

Dziecko/ Dzieci w pieczy zastępczej zostało/zostały umieszczone na podstawie postanowienia sądu:

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

Data faktycznego umieszczenia dziecka/dzieci w pieczy zastępczej:

.....
(data)

.....
(podpis osoby/podpisy osób ubiegającej/ych o świadczenie)