



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Starogardzie Gdańskim
ul. Mickiewicza 9, 83-200 Starogard Gdański
tel. 58 5602320, fax 58 5626531, www.pcsrstarogard.pl

Data wpływu	
Nr sprawy	

WNIOSEK o dofinansowanie wycieczki poza miejscem zamieszkania dziecka

I. DANE WNIOSKODAWCY		
Imię		
Nazwisko		
Miejscowość zamieszkania		
Ulica		
Nr domu		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Nr telefonu		
Adres e-mail		
Status rodziny zastępczej <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	Rodzina spokrewniona	
	Rodzina niezawodowa	
	Rodzina zawodowa	
	Rodzinny dom dziecka	
	Rodzina zawodowa - Pogotowie rodzinne	
	Rodzina pomocowa	

II. DANE DZIECKA	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	

III. PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przeznaczenie dofinansowania - forma wycieczki*: <ul style="list-style-type: none">- kolonie, obóz, zimowisko, wycieczka, rajd;- wycieczkę zorganizowaną we własnym zakresie;- inne (wypisać jakie)	
Przewidywany koszt realizacji wycieczki (100%) (w złotych)	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PCPR Starogard Gdański (w złotych)	
Deklarowane środki własne (w złotych)	
Inne źródła finansowania (wypisać źródła i kwoty w złotych)	
Termin wypoczynku	
Liczba dni wypoczynku (łącznie z dniem rozpoczęcia i dniem zakończenia wypoczynku)	4 – 7 dni*
	8 – 11 dni*
	12 dni i więcej*
Miejsce wypoczynku, adres	
Organizator wypoczynku	Nazwa
	Miejscowość
	Adres
	Numer telefonu
	Adres e-mail
Oświadczam, że wypoczynek zorganizowałam/em we własnym zakresie	TAK*
	NIE*

* zaznaczyć właściwe

IV. OŚWIADCZENIA, DODATKOWE INFORMACJE

1. Oświadczam, że z wniosek o dofinansowanie wypoczynku przez Centrum dla ww. dziecka jest jedynym wnioskiem w bieżącym roku.
2. Inne:

V. DANE RACHUNKU BANKOWEGO

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy	
Nazwa banku	

VI. ZAŁĄCZNIKI

Dokumentacja faktycznie poniesionych kosztów wypoczynku dziecka:

1.
2.
3.

..... miejscowość data podpis wnioskodawcy
----------------------	---------------	------------------------------