



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 jednorazowe świadczenie na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami dziecka
przyjmowanego do podmiotu rodzinnej pieczy zastępczej po raz pierwszy

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	

II. DANE DZIECKA	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia/Pesel	
Data wydania postanowienia sądu o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka	
Data przyjęcia dziecka do rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka	

III. PRZEDMIOT WNIOSKU	
Przeznaczenie świadczenia - zakup przedmiotów niezbędnych	Szacowany koszt (w złotych)
odzież, obuwie, bielizna osobista	
pościel, materac, ręczniki	

meble na użytek dziecka, szczególnie:	łóżko	
	biurko	
	krzesło	
pomoce naukowe i przybory szkolne		
wózek dziecięcy		
fotelik lub inne urządzenie podtrzymujące do przewożenia dziecka		
lekarstwa, przyrządy, urządzenia niezbędne ze względu na stan zdrowia i wiek dziecka (wypisać jakie)		
Inne (wypisać jakie)		

IV. OŚWIADCZENIA, DODATKOWE INFORMACJE

V. DANE RACHUNKU BANKOWEGO

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy	
Nazwa banku	

VI. ZAŁĄCZNIKI

1.		
2.		
..... miejsowość data podpis wnioskodawcy

VII. OPINIA ORGANIZATORA PIECZY ZASTĘPCZEJ

Opinia uwzględnia w szczególności zasoby rodziny przyjmującej dziecko oraz niezbędne do zaspokojenia potrzeby przyjmowanego dziecka

Starogard Gdański

.....
data

.....
podpis opiniującego pracownika Centrum