



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 świadczenie na pokrycie kosztów
związanych z wystąpieniem zdarzenia losowego
mającego wpływ na jakość sprawowanej opieki nad dziećmi

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 O ZDARZENIU LOSOWYM	
Liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej u Wnioskodawcy w chwili zdarzenia losowego	
Data zdarzenia losowego	
Opis zdarzenia losowego z uwzględnieniem opisu poniesionych strat mających wpływ na jakość sprawowanej opieki nad dziećmi	

III. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przeznaczenie świadczenia

Wysokość świadczenia (w złotych)

Forma wypłaty świadczenia

jednorazowo

okresowo

liczba transz

okres transz

wysokość transz (w złotych)

IV. OŚWIADCZENIA, DODATKOWE INFORMACJE

V. DANE RACHUNKU BANKOWEGO

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy

Nazwa banku

VI. ZAŁĄCZNIKI

Dokumenty potwierdzające zdarzenie:

1.
2.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

VII. OPINIA ORGANIZATORA PIECZY ZASTĘPCZEJ

Opinia uwzględnia w szczególności opis zdarzenia, rodzaj kosztów oraz możliwości funkcjonowania i wypełniania zadań pieczy zastępczej przez wnioskodawcę, w tym szczególnie stopień zaspokojenia potrzeb dzieci w pieczy w związku z zaistniałym zdarzeniem losowym.

Starogard Gdański

.....
data

.....
podpis opiniującego pracownika Centrum