



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
w Starogardzie Gdańskim

ul. Mickiewicza 9, 83-200 Starogard Gdański  
tel. 58 5602320, fax 58 5626531, www.pcrstarogard.pl

Data wpływu	
Nr sprawy	

**WNIOSEK**  
**o świadczenie na pokrycie kosztów**  
**związanych z innymi zdarzeniami mającymi wpływ**  
**na jakość sprawowanej opieki nad dziećmi**

**I. DANE WNIOSKODAWCY**

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

**II. DANE O ZDARZENIU (INNYM NIŻ ZDARZENIE LOSOWE)**

<b>Data zdarzenia</b>	
<b>Opis zdarzenia z uwzględnieniem opisu poniesionych strat mających wpływ na jakość sprawowanej opieki nad dziećmi</b>	

### III. PRZEDMIOT WNIOSKU

**Przeznaczenie świadczenia**

**Wysokość świadczenia (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.*

Starogard Gdański

.....  
data

.....  
podpis opiniującego pracownika Centrum