



POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE  
w Starogardzie Gdańskim

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

Data wpływu	
Nr sprawy	

## WNIOSEK

o środki finansowe na pokrycie innych niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów  
związanych z opieką i wychowaniem dziecka  
lub funkcjonowaniem RODZINNEGO DOMU DZIECKA

I. DANE WNIOSKODAWCY	
Imię	
Nazwisko	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

II. PRZEDMIOT WNIOSKU		
Zakres niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów związanych z funkcjonowaniem rodzinnego domu dziecka		
Zakres niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów związanych z opieką i wychowaniem dziecka	imię i nazwisko dziecka	
	data urodzenia dziecka	
Przeznaczenie wnioskowanych środków finansowych		
Wysokość środków (w złotych)		

### III. OŚWIADCZENIA, DODATKOWE INFORMACJE

1. Oświadczam, że po raz pierwszy w bieżącym roku występuję z wnioskiem o środki finansowe na pokrycie innych niezbędnych i nieprzewidzianych kosztów związanych z opieką i wychowaniem dziecka\* (imię i nazwisko) ...../funkcjonowaniem rodzinnego domu dziecka\*.
2. ....

\* zaznaczyć właściwe

### IV. DANE RACHUNKU BANKOWEGO

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy

Nazwa banku

### V. ZAŁĄCZNIKI

Dokumenty potwierdzające poniesione koszty (dołączyć tylko w przypadku wydatków już poniesionych z powodu wystąpienia zdarzenia nieprzewidzianego):

1. ....
2. ....

.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
podpis wnioskodawcy

## VI. OPINIA ORGANIZATORA PIECZY ZASTĘPCZEJ

*Opinia uwzględnia w szczególności rodzaj i zasadność kosztów związanych z opieką i wychowaniem dziecka lub funkcjonowaniem rodzinnego domu dziecka oraz poprawność udokumentowania faktycznie poniesionych kosztów.*

Starogard Gdański

.....  
data

.....  
podpis opiniującego pracownika Centrum