

.....  
Data wpływu do PCPR

**ROZLICZENIE  
ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM  
ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH WPLYW NA JAKOŚĆ  
SPRAWOWANEJ OPIEKI**

<b>Dane wnioskodawcy</b>		
Imię i nazwisko		
Miejsce zamieszkania		
Ulica		
Numer domu/lokalu		
Kod pocztowy		
Telefon		
Rodzina spokrewniona		
Rodzina niezawodowa		
Rodzina zawodowa		
Rodzina zawodowa pełniąca funkcje pogotowia rodzinnego		
Wysokość otrzymanego świadczenia		
<b>Załączniki</b>		
<b>Dokumenty potwierdzające poniesiony koszty wraz z dowodami zapłaty</b>		
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
11.....		
..... miejscowość	..... data	..... podpis wnioskodawcy
<b>Zatwierdzenie zestawienia dokumentów potwierdzających rozliczenie przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej</b>		

..... miejsowość	..... data	..... podpis pracownika
<b>Decyzja Dyrektora PCPR</b>		
..... miejsowość	..... data	..... podpis Dyrektora PCPR