

.....
Data wpływu do PCPR

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z
WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH
WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI**

Dane wnioskodawcy	
Imię i nazwisko	
Miejsce zamieszkania	
Ulica	
Numer domu/lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon	
Rodzina spokrewniona	
Rodzina niezawodowa	
Rodzina zawodowa	
Rodzina zawodowa pełniąca funkcje pogotowia rodzinnego	
Liczba dzieci umieszczonych w rodzinie podczas zdarzenia	
Dane o zdarzeniu losowym lub innym zdarzeniu	
Opis zdarzenia z uwzględnieniem poniesionych strat:	
Ograniczenia w funkcjonowaniu rodziny zastępczej w związku z zaistniałym zdarzeniem	
Data wystąpienia zdarzenia	
Wysokość wnioskowanego świadczenia	
Forma wypłaty: - jednorazowo - okresowo (liczba transz)

Dane rachunku bankowego		
Nazwa banku		
Numer rachunku bankowego		
..... miejsowość data podpis wnioskodawcy
Opinia organizatora rodzinnej pieczy zastępczej		
..... miejsowość data podpis koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej
..... miejsowość data Podpis pracownika socjalnego/pedagoga
Decyzja Dyrektora PCPR		
..... miejsowość data podpis Dyrektora PCPR