…………………………………………………………………… ……………………………….........

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

……………………………………………………………………

Adres

…………………………………………………………………..

Kod pocztowy

…………………………………………………………………..

Tel. kontaktowy

 **Do Dyrektora**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

 **w Olecku**

**Wniosek**

 Zwracam/y się z prośbą o przyznanie jednorazowego świadczenia pieniężnego na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjętego do mojej/naszej rodziny zastępczej dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (Imię i nazwisko, data urodzenia)

 Na zakup:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz niezbędnych rzeczy** | **Cena w zł** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suma:** |  |

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia na moje\nasze konto bankowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………….

 Podpis wnioskodawcy