

Mogilno, dnia

.....
Imię i nazwisko.....
adres zamieszkania.....
nr telefonuPowiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Mogilnie**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/my, że świadczenie jednorazowe/okresowe* na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki zostało przeznaczone na poniższe cele:

Lp.	Rodzaj wydatku	Łączna cena
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Łączna kwota:.....

.....
podpis Wnioskodawcy/Wnioskodawców