

Mogilno, dnia

.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Mogilnie

Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki

Wnioskujemy o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki.

1. Termin wystąpienia zdarzenia:

2. Opis zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie wniosku (proszę opisać konieczność udzielenia świadczenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis Wnioskodawcy/Wnioskodawców

Protokół z wizji lokalnej z dnia (jeśli dotyczy).....

Dnia pracownicy PCPR w Mogilnie w osobach:

1.....

2.....

odbyli wizję lokalną w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej Państwa:

.....

w obecności:

w związku ze złożonym przez W/w wnioskiem o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki.

Na miejscu ustalono co następuje:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy osób obecnych podczas wizji lokalnej:

1.

2.

3.

4.

Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:.....

.....

.....

.....

podpis Koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej

Zatwierdzam/ nie zatwierdzam na kwotę:

.....

podpis Dyrektora PCPR w Mogilnie