

Mogilno, dnia .....

.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Mogilnie

**Wniosek o jednorazowe świadczenie na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z  
potrzebami dziecka przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej**

Wnioskuje/my o przyznanie dofinansowania na pokrycie niezbędnych kosztów związanych  
z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodzinnej pieczy zastępczej

.....

imię i nazwisko, data urodzenia dziecka

Świadczenie zostanie przeznaczone na zakup:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Łączny koszt planowanych zakupów:.....

.....

podpis Wnioskodawcy/Wnioskodawców

Opinia Koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej

.....  
.....

.....

podpis Koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej

Zatwierdzam/nie zatwierdzam

.....

podpis Dyrektora PCPR