

....., dnia.....  
.....  
(imię i nazwisko)  
.....  
.....  
(adres zamieszkania) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Śremie  
.....  
ul. Dutkiewicza 5  
(numer telefonu) 63-100 Śrem

## WNIOSEK

### O PRYZNANIE DODATKU NA POKRYCIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA

*(dotyczy osób, które mają przyznane decyzją świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka)*

Zwracam się z prośbą o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania dziecka z niepełnosprawnością umieszczonego w mojej rodzinie zastępczej / rodzinnym domu dziecka \*:

..... ur. ....  
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: orzeczona niepełnosprawność do 16 r.ż. / orzeczony stopień znaczny niepełnosprawności / orzeczony stopień umiarkowany niepełnosprawności \*. Orzeczenie zostało wydane do dnia:.....

Załącznik: Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka.

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i podpis osoby składającej wniosek)

\*Niepotrzebne skreślić.