

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

WNIOSEK

O ŚWIADCZENIE NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI

Zwracam/zwracamy się z prośbą o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych wydatków związanych z wystąpieniem zdarzenia losowego/innego zdarzenia* mającego wpływ na jakość sprawowanej opieki nad dzieckiem/dziećmi:

1., ur.
2., ur.
3., ur.

Uzasadnienie

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

Wnioskowana kwota przyznanego świadczenia:.....

Dołączam/y dokument/y potwierdzający/e wystąpienie zdarzenia losowego:

1.
2.

oraz dochodów wszystkich członków rodziny (rodzaj i wysokość):

1.
2.
3.
4.
5.

Jednocześnie świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – art. 233 § 1 Kodeksu karnego**, oświadczam, że (właściwe podkreślić):

- Nie otrzymałam/em pomocy z innych źródeł,
- Otrzymałam/em pomoc z innych źródeł:
 - a)w kwocie:.....
 - b)w kwocie:.....
- Dochód na osobę w rodzinie wynosi zł i nie przekracza kwoty 1.600,00 zł netto miesięcznie.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Ocena organizatora/koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:

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

.....
(podpis organizatora/koordynatora)

* Zaznaczyć odpowiednie.

** Art. 233 Kodeks Karny

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.