Świdnica, dnia ........................

………………………………………………….

 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

…………………………………………………

…………………………………………………

 (adres)

## Starosta Świdnicki

## za pośrednictwem

## Dyrektora Powiatowego Centrum

# Pomocy Rodzinie w Świdnicy

**ul. Wałbrzyska 15**

 **58-100 Świdnica**

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

Proszę o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki nad dzieckiem:

…………………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko i wiek dziecka)

umieszczonym w rodzinie zastępczej/ rodzinnym domu dziecka.

Uzasadnienie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wniosku dołączam dokumentację potwierdzającą zaistnienie zdarzenia losowego oraz kopie rachunków potwierdzających poniesione wydatki.

 ………………………………………………

 czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wystąpienia zdarzenia losowego i zasadność potrzeby udzielenia wsparcia przez koordynatora wraz z akceptacją kierownika ZPZ.