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 jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka**

Proszę o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka:

…………………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko i wiek dziecka)

do rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka.

Uzasadnienie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Do wniosku dołączam wykaz potrzeb.

 ………………………………………………

 czytelny podpis wnioskodawcy

Wykaz potrzeb w związku z przyjęciem dziecka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Wykaz niezbędnych zakupów | Wnioskowana kwota | uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  Wydatki ogółem: |  |  |

 ………………………………………………

 podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie zasadności wskazanych powyżej potrzeb przez koordynatora.