| Nazwa podmiotu realizującego świadczenia: |
| --- |
| Adres |

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH ZDARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI ORAZ INNYCH NIEZBĘDNYCH I NIEPRZEWIDZIANYCH WYDATKÓW**

1. **Dane osób pełniących funkcję rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię |  |  |
| 2. | Nazwisko |  |  |
| 3. | Adres zamieszkania |  |  |
| 4. | Rodzina zastępcza | * Spokrewniona * Niezawodowa * Zawodowa * Zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego * Rodzinny dom dziecka | |

1. **Wnoszę o przyznanie świadczenia jednorazowego/okresowego\* na pokrycie wydatków związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki:**
2. Opis zdarzenia losowego:

|  |
| --- |

1. Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na nabycie następujących rzeczy lub usług:

| Lp. | Rzecz/usługa | Wnioskowana kwota ogółem |
| --- | --- | --- |
| 1. |  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 7. |  |

|  |
| --- |

1. Przyznanie świadczenia okresowego, tj. na czas od dnia

jest zasadne z następujących względów:

|  |
| --- |

1. Proszę o przekazywanie świadczenia pieniężnego na konto bankowe o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dostępną w siedzibie PCPR w Słupcy przy ul. Wojska Polskiego 13 oraz na stronie internetowe** [**www.pcprslupca.pl**](http://www.pcprslupca.pl)

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data |  |
| Podpis wnioskodawcy |  |
| Podpis przyjmującego |  |