

Koszalin, dnia

Dane osobowe rodziny zastępczej
lub prowadzących rodzinny dom dziecka
wraz z adresem, nr dowodu osobistego, nr PESEL i nr telefonu

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

**Centrum Usług Społecznych
w Koszalinie
al. Monte Cassino 2**

WNIOSEK

dotyczący przyznania dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania:

- dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności.
- osoby legitymującej się orzeczeniem o niepełnosprawności, która osiągnęła pełnoletność przebywając w pieczy zastępczej

umieszczonego/umieszczonej w: *

- rodzinie zastępczej spokrewnionej,
- rodzinie zastępczej niezawodowej,
- rodzinie zastępczej zawodowej
- rodzinnym domu dziecka

*** Zaznaczyć właściwe**

Wnoszę o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów:

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(imię i nazwisko)

(PESEL)

Ww. **dziecko /dzieci /osoba, która osiągnęła pełnoletność**** w pieczy zastępczej zostały faktycznie umieszczone w mojej **rodzinie zastępczej / rodzinnym domu dziecka**** w dniu

Na podstawie postanowienia Sądu
z dnia sygn. akt.....

**** podkreślić właściwe**

Ww. **dziecko /dzieci/ osoba, która osiągnęła pełnoletność***** w pieczy zastępczej legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o **znacznym / umiarkowanym***** stopniu niepełnosprawności:

- nr
- z dnia
- wydanym przez
- do dnia
- niepełnosprawność datowana jest od dnia..... do dnia..... .

.....
(data i podpis opiekuna/ów zastępczego/ych)

***** podkreślić właściwe**

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Koszalinie w celu realizacji obowiązków ustawowych – symbol RZ

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Załączniki:
-orzeczenie o niepełnosprawności