

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 świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego do pieczy zastępczej **dziecka / dzieci*** - jednorazowo.

Wnoszę o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka/dzieci*:

.....

(imię i nazwisko)

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

(PESEL)

Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na zakup następujących rzeczy:

- | | | |
|--------|----------------|------------------|
| 1..... | w cenie |zł, |
| 2..... | w cenie |zł, |
| 3..... | w cenie |zł, |
| 4..... | w cenie |zł, |
| 5..... | w cenie |zł, |
| 6..... | w cenie |zł. |
| | łącznie | zł. |

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

***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)