Załącznik 5ś a

…………………………………….

(miejscowość, data)

……………………………………………

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

……………………………………………

(adres zamieszkania)

……………………………………………

(nr telefonu)

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia dla rodziny zastępczej/ prowadzącego rodzinny dom dziecka\* na pokrycie kosztów utrzymania pełnoletniej/ pełnoletniego\* wychowanki/ wychowanka\*

1. Proszę o udzielenie świadczenia dla rodziny zastępczej/ prowadzącego rodzinny dom dziecka\* na pokrycie kosztów utrzymania pełnoletniej/ pełnoletniego\* wychowanki/ wychowanka\*.

2. Uzasadnienie złożonego wniosku:

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

Na podstawie art. 75 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam co następuje:

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

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

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

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

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

………………………………………..

(podpis osoby składającej wniosek)

Art. 75 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem. W szczególności dowodem mogą być dokumenty, zeznania świadków, opinie biegłych oraz oględziny.

3. Załączniki:

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

4. Obliczenia Zespołu ds. Świadczeń i Pomocy Instytucjonalnej :

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

5. Świadczenie do wypłaty wynosi: ………………………………………………………………….

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

(pracownik ds. świadczeń) (podpis Dyrektora PCPR)

\* właściwe podkreślić