………………………………………………..

 Miejscowość, data

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………..Imię i nazwisko RZ………………………………………………………………………………………………Adres | ***Dyrektor******Powiatowego Centrum*** ***Pomocy Rodzinie w Łodzi*** |

Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka

Proszę o przyznanie świadczeń na pokrycie kosztów utrzymania dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

dla którego zostałem/łam ustanowiony/a rodziną zastępczą.

Proszę o przelewanie świadczeń na konto bankowe o numerze:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 …………………………….

 podpis rodziny zastępczej