………………………………………………..

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