………………………………………………..

Miejscowość, data

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

**Wniosek**

**o udzielenie świadczenia na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki – jednorazowo lub okresowo**

Proszę o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki – jednorazowo lub okresowo dla dziecka: ………………………………………………………

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

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

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

…………………………….

podpis rodziny zastępczej