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 przyznania dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania:**

☐ dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności

☐ osoby legitymującej się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, która osiągnęła pełnoletność w pieczy zastępczej

**umieszczonego/umieszczonej w: ***

☐ rodzinie zastępczej spokrewnionej,

☐ rodzinie zastępczej niezawodowej,

☐ rodzinie zastępczej zawodowej

☐ rodzinnym domu dziecka

*** Zaznaczyć właściwe**

Wnoszę o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów:

1. .....
(imię i nazwisko)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

(PESEL)

Ww. **dziecko/osoba, która osiągnęła pełnoletność w pieczy zastępczej**** zostały faktycznie umieszczone w mojej rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka** w dniu ..... .

Na podstawie postanowienia Sądu .....

..... z dnia ..... sygn. akt..... .

Ww. dziecko/dzieci/osoba, która osiągnęła pełnoletność w pieczy zastępczej legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o **znacznym / umiarkowanym*** ** stopniu niepełnosprawności:

1. nr ……
2. z dnia ……..
3. wydanym przez ……
4. do dnia ……
5. niepełnosprawność

……
(data i podpis opiekuna/ów zastępczego/ych)

****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)

Załączniki:
-orzeczenie o niepełnosprawności /stopniu niepełnosprawności