z

Koszalin, dnia …….....

……

……

……
(dane osobowe rodziny zastępczej lub prowadzących rodzinny dom dziecka wraz z adresem, nr PESEL i nr telefonu)

Centrum Usług Społecznych w Koszalinie
Al. Monte Cassino 2, 75-412 Koszalin

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka

Wnoszę o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka na:

…….....
(imię i nazwisko dziecka)

(PESEL)

Przyznane świadczenie zamierzam przeznaczyć na zakup następujących rzeczy:

1. ……. w cenie ……..

2. …….. w cenie ……..

3. …….. w cenie ……..

4. …….. w cenie ……..

5. …….. w cenie ……..

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 opiekuna/ów zastępczego/ych)

Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej)