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 dofinansowania do wypoczynku poza miejscem zamieszkania dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka

Wnoszę o przyznanie ww świadczenia na:

1. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

2. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

3. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

4. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

5. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

6. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

7. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

8. ..... (imię i nazwisko dziecka) | | | | | | | | | | | | (PESEL)

UZASADNIENIE

……

……

……

……

……

……

Oświadczam, że na ww dzieci otrzymałam/em / nie otrzymałam/em***** dofinansowania do wypoczynku z innych źródeł.

***** podkreślić właściwe. W przypadku otrzymania podać kwotę: …… zł oraz źródło ……

Do wniosku załączam:

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

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)