

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 kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki

Wnoszę o przyznanie jednorazowo/okresowo na miesięcy* świadczenia na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki na:

1..... w kwocie zł jednorazowo/miesięcznie*

2. w kwocie zł jednorazowo/miesięcznie*

* podkreślić właściwe

UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

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)