

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania Wnioskodawcy)

.....

.....  
(PESEL)

.....  
(tel. kontaktowy)

**Do Starosty Pszczyńskiego  
za pośrednictwem  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczyńnie**

**Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie wydatków  
związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych  
zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki**

Zwracam się z prośbą o przyznanie środków finansowych w wysokości  
.....zł.   jedenrazowo/miesięcznie   na   okres  
od.....do.....\* na (podać przeznaczenie):

.....  
.....  
.....

w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem/dziećmi\*:

.....  
.....

umieszczonym/i w: .....

(forma rodzinnej pieczy zastępczej)

**Uzasadnienie**

(zawierające przyczynę trudności i opis zdarzenia)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

/Podpis Wnioskodawcy/

Do wniosku załączam:

.....  
.....

