*Wzór*

………………………………………………………………..

(miejscowość, data)

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

(imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

w Nakle nad Notecią

Zespół ds. pieczy zastępczej

ul. Dąbrowskiego 46

89-100 Nakło nad Notecią

**ROZLICZENIE ŚWIADCZENA NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z WYSTĄPIENIEM ZDARZEŃ LOSOWYCH LUB INNYCH DARZEŃ MAJĄCYCH WPŁYW NA JAKOŚĆ SPRAWOWANEJ OPIEKI**

1. Opis zdarzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Otrzymana kwota: ……………………………………………………………………………………………………………………………

3. Świadczenie zostało przeznaczone na:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **przedmioty, artykuły, koszt robocizny, transport** | **cena** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łącznie wydatkowano** | |  |

……………………………………………………………..

(podpis opiekuna zastępczego)

Do wniosku dołączam:

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

5. Opinia koordynatora/pracownika Organizatora:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….…….……………………………………………

(data, podpis pieczątka koordynatora/pracownika PCPR)