*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 ŚWIADCZENIA JEDNORAZOWEGO NA POKRYCIE NIEZBĘDNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z POTRZEBAMI DZIECKA PRZYJMOWANEGO DO RODZINY ZASTĘPCZEJ/RODZINNEGO DOMU DZIECKA**\*.

1. Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………………………………………………………………

2. Kwota trzymanego świadczenia: ………………………………………………………………………………………………………

3. Świadczenie zostało przeznaczone na zakup:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **przedmiot/artykuł** | **cena** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **łącznie wydatkowano** |  |

\* niepotrzebne skreślić

 ………………………………………………

 (podpis opiekuna zastępczego)

Do wniosku dołączam:

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..