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

miejscowość, data

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

imię nazwisko

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

ulica/nr

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

kod pocztowy/miejscowość

**DYREKTOR**

**Powiatowego Centrum**

**Pomocy Rodzinie**

**ul. Słowackiego 8**

**60-823 Poznań**

**W N I O S E K**

W związku z uzyskanym orzeczeniem o niepełnosprawności dziecka

………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka/dzieci

dla którego pełnię/ pełnimy funkcję rodziny zastępczej, zwracam/-y się z prośbą o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania niepełnosprawnego dziecka w rodzinie zastępczej.

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

podpis

wnioskodawcy