…………………………………….. ……… ………………………

(Imię i Nazwisko rodziny zastępczej) (Miejscowość, data)

……………………………………..

……………………………………..

(Adres zamieszkania)

……………………………………..

(Numer telefonu)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
 w Lidzbarku Warmińskim z siedzibą   
 w Ornecie

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU NA POKRYCIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA**

Wnoszę o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania dziecka ……………………………………………………………………..ur.……………………………

Informacje dotyczące orzeczenia o niepełnosprawności:

Organ wydający orzeczenie: …........................................................................................................

data wydania orzeczenia: …................................, data ważności orzeczenia: …............................

stopień niepełnosprawności (jeżeli dotyczy): …..............................................................................

Proszę o wypłatę przyznanego świadczenia na nr konta w banku……………………………....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny,   
który za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy lub składanie fałszywych zeznań przewiduje kare pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku są zgodne   
z prawdą……………………………………………………………………………………………………………..…..  
  
Do niniejszego wniosku załączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.

.......................................   
 Podpis wnioskodawcy