…………………………………….. ……… ………………………

 (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