

.....  
(Miejscowość i data)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Podrzeczna 30  
99-400 Łowicz

**WNIOSEK O PRYZNANIE  
DODATKU NA POKRYCIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW UTRZYMANIA OSOBY  
PEŁNOLETNIEJ NA ZASADACH ART. 37 UST. 2 USTAWY Z DNIA 9 CZERWCA 2011 R. O  
WSPIERANIU RODZINY I SYSTEMIE PIECZY ZASTĘPCZEJ  
CZĘŚĆ I (wypełnia wnioskodawca)**

**1. Dane rodziny zastępczej /prowadzących rodzinny dom dziecka**

|   |   |
|---|---|
| Imię i nazwisko   |   |
| PESEL   | Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu |
| Miejsce zamieszkania:<br>Miejscowość.....Kod.....<br>Ulica.....Nr   | Telefon                                   |
| Imię i nazwisko   |   |
| PESEL   | Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu |
| Miejsce zamieszkania:<br>Miejscowość.....Kod.....<br>Ulica.....Nr domu.....<br>Adres do korespondencji:<br>.....<br>..... | Telefon                                   |

\* właściwe zaznaczyć

Jeżeli rodziną zastępczą ustanowione jest małżeństwo wpisać dane obojga małżonków

**WNOSZĘ O PRYZNANIE DODATKU NA POKRYCIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW  
UTRZYMANIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W RODZINIE ZASTĘPCZEJ/ RODZINNYM DOMU  
DZIECKA\*- ART. 81 USTAWY Z DNIA 9 CZERWCA 2011 R. O WSPIERANIU RODZINY I SYSTEMIE  
PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**2. Dane dotyczące dziecka**

|  |  |
|--|--|
| Imię i nazwisko  | Data urodzenia   |
| PESEL:   | Obywatelstwo   |
| Data faktycznego pobytu osoby pełnoletniej<br>.....<br>..... | Postanowienie Sądu/ orzeczenie o<br>niepełnosprawności<br>.....<br>..... |

\*właściwe zaznaczyć

**3. SPOSÓB PŁATNOŚCI DODATKU:**

- Kasa banku\*
- Konto bankowe\*

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

(nr konta).....

Oświadczam, że :

- wszystkie zawarte we wniosku informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym,
- zostałem poinformowany o obowiązku niezwłocznego poinformowania organu, który przyznał świadczenie pieniężne, o każdej zmianie sytuacji osobistej dziecka w tym np. o zakończeniu nauki

.....  
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się o dodatek)

W związku z art. 23 ust. 1 pkt 1, ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016, poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu moich danych osobowych w celu realizacji zadań wynikających z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w systemach informatycznych oraz kartotekach, ewidencjach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w związku z ubieganiem się o udzielenie pomocy.

.....  
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się o dodatek)

**Załączniki:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**CZĘŚĆ II (wypełnia podmiot realizujący świadczenia)**

**Wnoszę o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania osoby pełnoletniej**

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

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby realizującej świadczenia)

**Informacja o przyznaniu pomocy pieniężnej**

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

.....  
(podpis i pieczęć Dyrektora  
powiatowego centrum pomocy rodzinie)