

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Mikołowie z/s w Łaziskach Górnych
ul. Chopina 8
43-170 Łaziska Górne**

**Wniosek o przyznanie świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów
związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka**

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w wysokości na pokrycie
niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka (imię, nazwisko
dziecka, data urodzenia dziecka)

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

Uzasadnienie (wykaz niezbędnych rzeczy)

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

.....
Podpis wnioskodawcy