

Nr wniosku .....

Choszczno, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko rodziny zastępczej

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon kontaktowy

**POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE W CHOSZCZNI**

**WNIOSEK**

Wnoszę o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania wychowanka

..... ur. ....

w ....., który osiągnął pełnoletność w dniu: .....

i pozostaje nadal w rodzinie zastępczej oraz kontynuuje naukę w:.....

.....  
(Czytelny podpis rodziny zastępczej)

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Do czasu ukończenia nauki pozostaję w rodzinie zastępczej u Pani/a :

2. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Choszcznie, oraz udostępnianie moich danych osobowych innym instytucjom w przypadku dotyczącym przysługującej mi pomocy finansowej <sup>1</sup>.

3. Poinformowano mnie, że: osoby otrzymujące świadczenia, dodatki, wynagrodzenia oraz dofinansowania do wypoczynku, o których mowa w ustawie, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie pieniężne, o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń<sup>2</sup>.

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 § 1 Kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
Podpis wychowanka

.....  
Podpis opiekuna usamodzielnienia.

Załącznik:

1. Dokument potwierdzający kontynuację nauki:.....

<sup>1</sup> Podstawa prawna ; Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2014. Poz. 1182 j.t)

<sup>2</sup> Podstawa prawna:Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 09.06.2011r. (Dz.U. z 2013r.poz. 135 z późn. zm)

**Wypełnia PCPR**

**Część II – plan pomocy**  
**na pokrycie kosztów utrzymania wychowanka pełnoletniego pozostającego w rodzinie**  
**zastępczej.**

1. Imię i nazwisko rodziny zastępczej.....
2. Imię i nazwisko pełnoletniego wychowanka pozostającego w rodzinie zastępczej  
.....
3. Na podstawie zebranych informacji przysługuje świadczenie w wysokości;  
- 660 zł: .....  
- 1000zł: .....
4. Ogólna kwota do wypłaty miesięcznie w wysokości .....(słownie:.....  
.....na okres od .....do .....

---

.....  
Sporządził - data

.....  
Sprawdził - data

.....  
Zatwierdził – data