

Nr kolejny wniosku.....

## WNIOSEK

### Dotyczący:

- umorzenia w całości lub w części, łącznie z odsetkami,**
- odroczenia terminu płatności,**
- rozłożenia na raty**
- odstąpienia od ustalenia opłaty**

Ustalonej pełnej odpłatności za pobyt dziecka **w pieczy zastępczej** wg Decyzji Nr..... z dnia ..... zgodnie z art. 193 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz.U. z 2016 poz. 575 )

### I Część – dane dotyczące rodziny biologicznej

**1.Imię i nazwisko matki**.....

Seria i nr dowodu osobistego .....Pesel.....

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu .....

nr telefonu kontaktowego .....

**2.Imię i nazwisko ojca** .....

Seria i nr dowodu osobistego .....Pesel .....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu .....

nr telefonu kontaktowego .....

**3.Imię i nazwisko dziecka/ci** umieszczonego/ych w pieczy zastępczej:

- .....
- .....
- .....

**Źródło dochodów rodziców biologicznych oraz wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo rodzinne.**

| <b>Imię i nazwisko</b> | <b>Stopień pokrewieństwa</b> | <b>Miejsce pracy lub nauki</b> | <b>Sytuacja zdrowotna</b> | <b>Rodzaj orzeczenia</b> | <b>Źródło dochodu<br/>Rodzaj<br/>Wysokość</b> |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|---|
|                        |                              |                                |                           |                          |   |
|                        |                              |                                |                           |                          |   |
|                        |                              |                                |                           |                          |   |
|                        |                              |                                |                           |                          |   |
|                        |                              |                                |                           |                          |   |

**RAZEM DOCHÓD .....**

- **Źródło dochodu:** z działalności gospodarczej, prac dorywczych, zleconych, dodatkowych świadczeń ZUS ( emerytura , renta inwalidzka, rodzinna ,świadczenie rehabilitacyjne) zasiłku z PU P, gospodarstwa rolnego ( powierzchnia w ha przeliczeniowych) zasiłek stały, okresowy alimenty, wynagrodzenia za pracę lub inne\*. **Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku, lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, pomniejszony o: a) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych b) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społecznego określone w odrębnych przepisach, c) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.**

*O zaistniałych zmianach w sytuacji materialnej i rodzinnej zobowiązuję się natychmiast powiadomić Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Choszcznie  
Oświadczam pod odpowiedzialnością karną , że informacje podane we wniosku rodziny biologicznej i pozostałych członków rodziny są prawdziwe.*

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

## Uzasadnić

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

### **Załączniki:**

1. Wniosek
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
3. Oświadczenie pod odpowiedzialnością karną.
4. Zaświadczenia (decyzje) o wysokości dochodu .
5. Orzeczenie o niepełnosprawności
6. Dokumenty potwierdzające wysokość wpłacanych na rzecz dziecka alimentów.
7. Inne dokumenty mające wpływ na odpłatność rodzica biologicznego za pobyt dziecka w pieczy zastępczej.

\* odpowiednie zaznaczyć

