

# WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA

1.

|   | WNIOSKODAWCA | MAŁŻONEK |
|---|--------------|----------|
| Imię i nazwisko                           |              |          |
| Data urodzenia                            |              |          |
| Nr PESEL                                  |              |          |
| Seria i nr dowodu osobistego              |              |          |
| Adres zamieszkania<br>miasto, ul, nr domu |              |          |
| Stan cywilny                              |              |          |
| Obywatelstwo                              |              |          |
| Tel. kontaktowy                           |              |          |

2. Stopień pokrewieństwa w stosunku do dziecka w rodz. zast:

- babcia/dziadek
- rodzeństwo
- inne
- osoba obca

### 3. DANE DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ

|   |  |
|---|--|
| Imię i nazwisko   |  |
| Data urodzenia  |  |
| Nr PESEL  |  |
| Obywatelstwo  |  |
| Miejsce pobytu przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej<br>miasto, ul, nr domu |  |

### 4. DANE RODZICÓW BIOLOGICZNYCH DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ

|   | Matka | Ojciec |
|---|-------|--------|
| Imię i nazwisko                           |       |        |
| PESEL                                     |       |        |
| Adres zamieszkania<br>miasto, ul, nr domu |       |        |

## 5. PRZYCZYNA UMIESZCZENIA DZIECKA W PIECZY ZASTĘPCZEJ

- pobyt za granicą co najmniej jednego z rodziców ( praca zarobkowa)
- ubóstwo
- bezrobocie
- przemoc w rodzinie
- niepełnosprawność co najmniej jednego z rodziców
- długotrwała lub ciężka choroba co najmniej jednego z rodziców
- nieodpowiednie warunki mieszkaniowe
- pólsieroctwo
- sieroctwo
- uzależnienie
- bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych
- inne, jakie.....

## 6. Data faktycznego umieszczenia w rodzinie zastępczej:

.....

## 7. Czy dziecko ma orzeczony stopień niepełnosprawności

tak -

nie -

Jeżeli tak to jaki i na jaki okres.....

## 8. Czy dziecko przebywa w:

|   | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Dom pomocy społecznej   |     |     |
| Specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy                           |     |     |
| Młodzieżowy ośrodek wychowawczy                                 |     |     |
| Młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę |     |     |
| Specjalny ośrodek wychowawczy                                   |     |     |
| Hospicjum stacjonarne   |     |     |
| Oddział medycyny paliatywnej                                    |     |     |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| Areszt Śledczy            |  |  |
| Schronisko dla nieletnich |  |  |
| Zakład Karny              |  |  |
| Zakład Poprawczy          |  |  |

**Czy rodzina zastępcza ponosi koszty utrzymania dziecka w w/w placówkach?**

**TAK**

**NIE**

**Załączniki:**

1. postanowienie sądu o umieszczeniu w rodzinie zastępczej
2. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka
3. decyzja o opłacie za pobyt dziecka
4. nr konta
5. potwierdzenie zameldowania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej
6. odpis skrócony aktu urodzenia

**Data i podpis:**