**Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z zasadami przyznawania świadczenia na pokrycie niezbędnych wydatków związanych z wystapieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki okreslonych w Uchwale Nr Zarządu Powiatu i w pełni je akceptuję.**

Przyznane środki świadczenia proszę przekazać na rachunek bankowy:

………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………

 (data i czytelny podpis)

Opinia koordynatora pieczy zastępczej:

………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………......

 ……………………………………

 (podpis koordynatora)

Uwagi pracownika rozpatrującego wniosek:

Przyznać świadczenie\* w wysokości……………………………………………………………

(słownie…………………………………………………………………………………zł),

Zgodnie z decyzją…………………………………………………………………………….…

Nie przyznać świadczenia\* (uzasadnienie)……………………...................................................

………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..

Zgodnie z decyzją……………………………………………………………………………….

……………………………………

(podpis pracownika)

Decyzja dyrektora PCPR:…………………………………………………………………..

 ……………………………………

 (podpis i pieczęć dyrektora)