……………….., dnia………………….

………………………………………….

 (imię i nazwisko )

………………………………………….

 (adres zamieszkania)

………………………………………….

 **Dyrektor**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

 **ul. Komeńskiego 40**

 **82-300 Elbląg**

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania osoby pełnoletniej, …………………………………………………………… ur. ………………………………………………. w rodzinie zastępczej.

…….………………………………………………..

 (podpis)