Wejherowo , dnia ................................

...............................................................

*/imię i nazwisko/*

ul. ...........................................................

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

*/adres zamieszkania/*

 Nr Tel.…………………………………

e-mail …………………………………

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**w Wejherowie**

**ul. Sobieskiego 279 A**

**Wniosek o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki , o której mowa w art. 146 ust 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2011 roku Nr 149 poz. 887 ze zm.)

Uzasadnienie

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

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Informacje dodatkowe:

1. Umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie Postanowienia Sądu Rejonowego w ……………………………………….…………………………..…..

z dnia …………………… Sygn skt ………..……………….……………………..…

1. łączny okres pobytu w pieczy zastępczej …………………………………………….
2. opuszczam rodzinę zastępczą spokrewnioną , niezawodową, zawodową, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, regionalna placówkę opiekuńczo-terapeutyczną(właściwe podkreślić)
3. Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

podpis osoby składającej wniosek

WNIOSKI PRACOWNIKA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE:

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

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Sporządził Zatwierdził

DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE:

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

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Wejherowo, dnia .............…............................ ............…....................................................

podpis i pieczęć dyrektora

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. nr konta bankowego, na które ma być przekazywane świadczenie,
2. kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy,
3. zaświadczenie potwierdzające naukę,
4. wyznaczenie opiekuna procesu usamodzielnienia,
5. pisemna zgoda na pełnienie tej funkcji opiekuna
6. zatwierdzony indywidualny program usamodzielnienia.