Załącznik nr 9 do Zarządzenia nr 25/2023r. Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku z dnia 29.12.2023r. w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2024 r. w dziale pieczy zastępczej w PCPR Rybnik

…………………………………………

 (imię i nazwisko, pesel)

…………………………………………

…………………………………………

(adres)

………………………………………..

(numer telefonu)

**Wniosek o udzielenie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie**

Wnoszę o przyznanie mi pomocy pieniężnej na usamodzielnienie.

Jestem pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka/placówki\*:

 …………………………………………………………………………………………………………

i realizuję indywidualny program usamodzielnienia z dnia……………………………………………

Otrzymaną pomoc przeznaczę na:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o wypłatę pomocy na następujący numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznego informowania o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo niniejszego świadczenia.

\* Niepotrzebne skreślić.

………………………………………

 (podpis wychowanka)

Opinia opiekuna usamodzielnienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)