*Załącznik Nr 1*

*do Zarządzenia nr 2A/2022*

*Starosty Łęczyńskiego z dnia 03.01.2022 r.*

……………………., ……………………………

(miejscowość) (data)

……………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………

……………………………………

(adres)

**Do Starosty Łęczyńskiego  
za pośrednictwem**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej**

**Wniosek o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka**

Zwracam się z prośbą o przyznanie jednorazowego świadczenia na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami przyjmowanego dziecka/ dzieci:

1. ………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………..
4. ………………………………………………………………………………………..

do rodziny zastępczej\*/ rodzinnego domu dziecka\*

Uzasadnienie

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

Oświadczam, że zostałem/łam pouczony i jestem świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2  
ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 z 1997 r. poz. 553 z późn. zm.)  
Art. 233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu  
prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
Art. 233 §2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził  
zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie

……………………………….

\*niepotrzebne skreślić podpis wnioskodawcy

Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………

podpis pracownika

Decyzja dyrektora PCPR:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……..……………………

podpis dyrektora PCPR