***Załącznik Nr 4 do Zasad***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………(imię i nazwisko)………………………………………(adres zamieszkania)………………………………………………………………………………(nr telefonu, e-mail) | Powiatowe Centrum Pomocy RodzinieAleja Wyzwolenia 20-2458-300 Wałbrzych |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych to jest nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z ustaleniem prawa do otrzymania świadczenia. Podanie nr telefonu jest dobrowolne.Tel. ………………………………… |  |

**ROZLICZENIE POMOCY JEDNORAZOWEJ**

**………………………………………………………………………… …………………. –**

(rodzina zastępcza spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, rodzinny dom dziecka)

**Państwo ………………………………………………** dla małoletniej/go

**……………..………………….,**  ur. ………………..r.

Świadczenie w ramach pomocy jednorazowej na pokrycie niezbędnych kosztów związanych z potrzebami dziecka przyjmowanego do rodziny zastępczej zostało przyznane w łącznej kwocie **…………** zł zgodnie z decyzją Nr PCPR-ZOŚ-R-………… z dnia …………. r.

**W RAMACH PRZYZNANEJ POMOCY ZAKUPIONO:**

(spis zakupionych rzeczy wraz z kwotą)

1. ……………… – …………. zł
2. ……………… – ………….. zł
3. ……………… – ………….. zł
4. ……………… – ………….. zł
5. ……………… – ………….. zł

 **Poniesiony łączny koszt : …………….. zł**

Przyznane środki z pomocy jednorazowej wykorzystano zgodnie ze złożonym wnioskiem.

Do rozliczenia załączam dokumentacje potwierdzająca poniesione koszty:

1. …………………………………………….

2. …………………………………………….

3. …………………………………………….

4.  …………………………………………….

……………………………… ………….……………………………

(data)  (podpis)

**Przyznane dofinansowania wykorzystano zgodnie ze złożonym wnioskiem.**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………Data | ……………………………………………………rozliczył |
|  |  |
| ……………………………………………………Data | ……………………………………………………zatwierdził |
|  |  |
| ……………………………………………………Data | …………………………………………………podpis dyrektora |