***Załącznik Nr 6 do Zasad***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………  (imię i nazwisko) ………………………………………  (adres zamieszkania)  ………………………………………  ………………………………………  (nr telefonu, e-mail) | Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  Aleja Wyzwolenia 20-24  58-300 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 numeru telefonu jest dobrowolne.**  Tel. ………………………………… |  |

**Rozliczenie pomocy na pokrycie kosztów związanych   
z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki**

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

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

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

**……………..………………….,**  ur. ………………..r.

Świadczenie w ramach pomocy na pokrycie kosztów związanych z wystąpieniem zdarzeń losowych lub innych zdarzeń mających wpływ na jakość sprawowanej opieki zostało przyznane w łącznej kwocie **…………** zł zgodnie z decyzją   
Nr PCPR-ZOŚ-R-………… z dnia …………. r.

**W RAMACH PRZYZNANEJ POMOCY SFINANSOWANO:**

(spis zakupionych rzeczy wraz z kwotą)

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

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

Przyznane świadczenie wykorzystano zgodnie z zaplanowanym celem.   
Na zakupione przedmioty przedstawiono faktury potwierdzające zakup w podanych powyżej kwotach.

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

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