……, dnia ……..…

……..
(imię i nazwisko)

……..
(adres)

……..

……..
(telefon)

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Stargardzie

Zwracam się z prośbą o odstąpienie od ustalenia odpłatności za pobyt dziecka / dzieci
……
……
w pieczy zastępczej.

Prośbę motywuję tym, że:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(czytelny podpis)