……………………..

Dane rodziny zastępczej ……………………………

 Miejscowość, data

…………………………

Adres

…………………………..

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

**w Stargardzie**

W związku z uzyskaniem pełnoletności przez ………………………………………………….

i wyrażeniem zgody na pozostanie w naszej/mojej rodzinie zastępczej do czasu ukończenia nauki, nie dłużej niż do czasu ukończenia 25 roku życia zwracam się z prośbą o dalszą pomoc pieniężną oraz dodatków na pokrycie kosztów jej/jego utrzymania.

 ……………………

 data i podpis

……………………..

Dane rodziny zastępczej ……………………………

 Miejscowość, data

…………………………

Adres

…………………………..

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie**

**w Stargardzie**

Wyrażam zgodę na pozostanie w naszej/mojej rodzinie zastępczej
…………………………………………………………... do dnia ………………………….. r.

Wobec powyższego zwracam się z prośbą o pomoc pieniężną na pokrycie kosztów utrzymania wychowanki po osiągnięciu pełnoletności.

 ……………………

 data i podpis