

Suwałki, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziny zastępczej / osoby prowadzącej RDD)

Ul.

16- 400 SUWAŁKI

Tel.

**Miejski Ośrodek
Pomocy Rodzinie
w Suwałkach**

Zwracam się z prośbą o przyznanie dodatku na pokrycie zwiększonych kosztów utrzymania dziecka.....
legitymującej/go się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności umieszczonej/go w rodzinie zastępczej/ rodzinnym domu dziecka.

.....
(podpis rodziny zastępczej/osoby prowadzącej RDD)