



DOM DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIEŃ W CIĄŻY  
W SKĘPIEM

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/ kuratora)\*

.....  
/adres zamieszkania/

**Dyrektor  
Powiatowego Centrum Pomocy  
Rodzinie  
ul. Mickiewicza 58  
87-600 LIPNO**

Zwracam się z prośbą o udzielenie pomocy w formie pobytu w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Cięży w Skępie ul. Wymyślińska 2, 87-630 Skępe dla:

.....  
/imię i nazwisko osoby kierowanej/

na okres

Proszę o przesłanie decyzji na adres:

Uzasadnienie:

.....  
(data, podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/ kuratora)\*

\*właściwe podkreślić