

**ANKIETA W SPRAWIE USTALENIA OPŁATY OSOBY ZOBOWIĄZANEJ ZA
POBYT DZIECKA/DZIECI W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

IMIĘ/IMIONA I NAZWISKO:

.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA : - - ..w.....

IMIONA

RODZICÓW:.....

ADRES

ZAMIESZKANIA:.....

ADRES

ZAMELDOWANIA:.....

Seria i nr dowodu osobistego:.....PESEL

Nr telefonu

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA (DZIECI).....

.....

DATA URODZENIA.....

MIEJSCE POBYTU DZIECKA.....

INFORMACJA O CZŁONKACH RODZINY					
	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zobowiązanej	Miejsce pracy/nauki	Źródło i wysokość dochodu

	SYTUACJA ZAWODOWA				
	SYTUACJA ZDROWOTNA				
	SYTUACJA MIESZKANIOWA				
	ŁĄCZNY DOCHÓD W RODZINIE				
	WYSOKOŚĆ MINIMUM SOCJALNEGO				

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.

data i podpis osoby zobowiązanej

data i podpis pracownika