Zał. nr 2 do wniosku o pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH**

**DANE OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJĘ RODZINY ZASTĘPCZEJ/RODZINNEGO DOMU DZIECKA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ** |  | |  |
| **NAZWISKO** |  | |  |
| **Seria i nr dok. Potwierdzającego tożsamość** |  | |  |
| **PESEL** |  | |  |
| **ADRES** |  | |  |
| **telefon** |  | |  |
| **Dane do przelewu** | Nazwa banku:  ……………………………………. | Nr konta:  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_ \_ | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | **IMIĘ** | **NAZWISKO** | **Data urodzenia** | **Nr PESEL** | **Stosunek pokrewieństwa do osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

**DANE DZIECI UMIESZCZONYCH W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

…………………………………………………

Data i podpis opiekuna zastępczego

…………………………………………………

Data i podpis opiekuna zastępczego