



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Starogardzie Gdańskim

ul. Mickiewicza 9, 83-200 Starogard Gdański
tel. 58 5602320, fax 58 5626531, www.pcsrstarogard.pl

Data wpływu	
Nr sprawy	

OŚWIADCZENIE
o realizacji umowy przez osobę do pomocy
przy sprawowaniu opieki nad dziećmi i przy pracach gospodarskich

I. DANE WNIOSKODAWCY		
Imię		
Nazwisko		
Miejscowość zamieszkania		
Ulica		
Nr domu		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Status rodziny zastępczej <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	Rodzina niezawodowa	
	Rodzina zawodowa	
	Rodzinny dom dziecka	
	Rodzina zawodowa - Pogotowie rodzinne	
III. DANE OSOBY DO POMOCY		
Imię		
Nazwisko		
Miejscowość zamieszkania		
Ulica		
Nr domu		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		

IV. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że osoba do pomocy nie wykonała w okresie
pracy zgodnie z umową w następujący sposób:

.....
.....

z powodu:

.....
.....

..... miejsowość data podpis wnioskodawcy
---------------------	---------------	------------------------------