**Załącznik nr 3 do Regulaminu Udzielania Pomocy**

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW – REFUNDACJA:**

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

**Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu i Załącznika nr 2 Regulaminu Udzielania Pomocy, tj. Wykazem wydatków w ramach pomocy społecznej i zwracam się z prośbą o zwrot kosztów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz kosztów poprawy warunków socjalno-bytowych Podopiecznego:**

……………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko Podopiecznego)*

wg przedstawionego zestawienia:

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

- faktura nr ……………………………….…………………… kwota …………………………………

 **SUMA: ………………………ł**

Załączam faktury/rachunki w ilości: ……. egz.

Zaakceptowaną kwotę refundacji proszę przekazać na podany poniżej nr konta bankowego:

........................................................................................................................................................

UWAGI:

Przypominamy, że celowość poniesionych kosztów musi być dokładnie opisana przez Podopiecznego bądź osoby reprezentujące Podopiecznego na odwrocie każdego dokumentu księgowego potwierdzającego wydatki, a dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod względem rzetelności oraz oryginalności.

…………………………………………………………………………….

 *(data i podpis Podopiecznego/Prawnego Opiekuna)*