

CZĘŚĆ VIII DOTYCZY OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POMOC PIENIĘŻNĄ NA USAMODZIELNIENIE LUB POMOC PIENIĘŻNĄ NA KONTYNUOWANIE NAUKI¹

I. DANE OSOBY (Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD)

1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok				
4	Seria i nr dowodu osobistego:											
5	Nr PESEL											
6	Adres	kod:			miejscowość:				ulica:			
		nr domu:			nr mieszkania:			telefon:				
		symbol terytorialny:										
7	Sytuacja rodzinna: 1) osoba samotnie gospodarująca 2) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną 3) inne											
8	Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała ?											
	Rodzaj opieki						Okres przebywania					
	1) Rodzina zastępcza											
	2) Placówka opiekuńczo – wychowawcza:											
	a) placówka interwencyjna											
	b) placówka rodzinna											
	c) placówka socjalizacyjna											
	d) placówka resocjalizacyjna											
	3) Dom pomocy społecznej											
	4) Zakład poprawczy											
5) Schronisko dla nieletnich												
6) Specjalny ośrodek szkolno - wychowawczy												
Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1-6)												
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (miejsce zamieszkania rodziny zastępczej, w której osoba osiągnęła pełnoletność, lub nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie lub pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki)												
9	Czy osoba usamodzielniana uczy się 1) tak 2) nie											
10	Typ szkoły:											
	Klasa / rok studiów				Semestr							

¹ Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

11	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 2a ust.1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 4a ustawy o pomocy społecznej)	
12	Dochód na osobę w rodzinie	
13	Kryterium dochodowe dla danej osoby / rodziny (wynikające z art. 4 i 4a ustawy o pomocy społecznej)	

podpis i pieczęć pracownika socjalnego

data i podpis osoby, z którą
przeprowadzono wywiad

Miejscowość _____ Data _____

II. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1	Wysokość pomocy pieniężnej na usamodzielnienie
2	Wysokość pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki

podpis i pieczęć pracownika socjalnego

III. INFORMACJA O DECYZJI O PRYZYNIANIU POMOCY

podpis i pieczęć kierownika
powiatowego centrum pomocy rodzinie

Miejscowość _____ Data _____