

CZĘŚĆ V

DOTYCZY OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O POMOC
PIENIĘŻNĄ NA USAMODZIELNIENIE, POMOC PIENIĘŻNĄ
NA KONTYNUOWANIE NAUKI*

I. DANE OSOBY, Z KTÓRĄ PRZEPROWADZONO WYWIAD

1	Imię											
2	Nazwisko											
3	Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok		
4	Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość											
5	Nr PESEL											
6	Adres	kod pocztowy:			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) dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie											
	2) dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży											
	3) zakład poprawczy											
	4) schronisko dla nieletnich											
	5) młodzieżowy ośrodek wychowawczy											
	6) specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy											
	7) specjalny ośrodek wychowawczy											
	8) młodzieżowy ośrodek socjoterapii											
Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1–8)												
Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem (nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki)												
9	Czy osoba usamodzielniana uczy się? 1) tak 2) nie											
10	Typ szkoły:											
	klasa/rok studiów						semestr					

11	Łączny dochód w rodzinie (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	
12	Dochód na osobę w rodzinie	
13	Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny (wynikające z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)	

(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

(data i podpis osoby, z którą przeprowadzono wywiad)

Miejscowość _____ Data _____

* Należy dołączyć kopię programu usamodzielnienia.

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 PRZYZNANIU POMOCY

(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość _____ Data _____