....

imię i nazwisko

miejscowość, data

.....

data urodzenia

.....

adres zamieszkania, telefon

.....

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Stalowej Woli

Wniosek

o udzielenie pomocy na usamodzielnienie

Uprzejmie proszę o udzielenie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie.

Jednocześnie informuję, że:

1. Jestem pełnoletnim(nią) wychowankiem(ką) ....., w której przebywałem(am) w okresie ..... .

2. Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe : tak nie

Osoby, z którymi zamieszkuję i prowadzę wspólne gospodarstwo domowe:

- .....
  (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, źródło dochodu)
- .....
  (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, źródło dochodu)
- .....
  (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, źródło dochodu)

3. Posiadam dochód w postaci ..... / nie posiadam żadnych własnych dochodów*

Mój dochód netto za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: .....

Dochód osób wspólnie ze mną gospodarujących za miesiąc poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: ..... Dochód na osobę w rodzinie wynosi: .....

4. Obecnie uczęszczam do / ukończyłem (am).....

(nazwa szkoły, uczelni)

..... Klasa/rok ..... .

Nie planuję dalszej nauki / Naukę planuję zakończyć*.....

5. Do wniosku dołączam:

a) postanowienie sądu na podstawie, którego nastąpiło umieszczenie w placówce / rodzinie zastępczej

b) indywidualny program usamodzielnienia

c) wskazanie osoby opiekuna usamodzielnienia

d) dokument poświadczający ukończenie nauki szkolnej

e) zaświadczenia lub oświadczenia o dochodach netto wszystkich członków rodziny

f) zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy

g) informacja o skreśleniu z listy wychowanków placówki

h) numer konta bankowego ROR

i) orzeczenie o niepełnosprawności

.....

.....

6. Oświadczenie:

Pomoc na usamodzielnienie zamierzam wykorzystać na .....

.....

.....

.....

data i własnoręczny podpis osoby usamodzielnianej

* niepotrzebne skreślić

Opinia Opiekuna

.....

.....

.....

.....

data i własnoręczny podpis Opiekuna

Warunki przyznania pomocy na usamodzielnienie.

1. Umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego w ..... z dnia .....Sygn. akt .....
2. Forma pieczy zastępczej to: .....
3. Okres pobytu wynosi: ..... i kwalifikuje/nie kwalifikuje do przyznania pomocy.
4. Indywidualny program usamodzielnienia zatwierdzony przez kierownika PCPR został opracowany w dniu ..... i spełnia warunek określony w art. 145 ust. 4 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tj. co najmniej na miesiąc przed osiągnięciem pełnoletności).

   .....
5. Opiekuna usamodzielnienia w osobie ..... wskazano w dniu ..... zgodnie z art. 145 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tj. co najmniej na dwa miesiące przed osiągnięciem pełnoletności).

   .....
6. Wnioskodawca kontynuuje naukę .....

   .....
7. Miesięczny dochód osoby usamodzielnianej wynosi .....

Sytuacja materialno – bytowa i zdrowotna wnioskodawcy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioski pracownika socjalnego

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Informacja o sposobie rozpatrzenia wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora PCPR