



## 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 zamieszkania	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										
<b>Łączny czas pobytu poza rodziną (pkt 1-8)</b>											
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? <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>1) tak</span> <span>2) nie</span> </div>										
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 PRYZNANIU POMOCY


\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie)

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_