**OCENA KOŃCOWA PROCESU USAMODZIELNIENIA**

| 1. Dane dotyczące osoby usamodzielnianej:
 |
| --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| PESEL lub data urodzenia: |  |
| Miejsce zamieszkania: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia: |  |
| Forma opieki, w której przebywała osoba usamodzielniana: |  |

| 1. Przebieg realizacji programu usamodzielnienia:
 |
| --- |
| Kontakt ze środowiskiem, rodziną biologiczną, opiekunem usamodzielnienia: |  |
| Uzyskane wykształcenie/kwalifikacje zawodowe: |  |
| Sytuacja zawodowa: |  |
| Sytuacja mieszkaniowa: |  |

| 1. Uzyskanie świadczeń związanych z usamodzielnieniem:
 |
| --- |
| Rodzaj pomocy | **Numer i data wydania decyzji administracyjnej** | **Przeznaczenie pobranego świadczenia** | **Kwota przyznanego świadczenia** |
| Pomoc pieniężna na usamodzielnienie |  |  |  |
| Pomoc na zagospodarowanie |  |  |  |
| Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki |  |  |  |
| Inna pomoc |  |  |  |

Program usamodzielnienia został/nie został[[1]](#footnote-1) zrealizowany zgodnie z przyjętymi założeniami.

|  |  |
| --- | --- |
| Data i podpis osoby usamodzielnianej |  |
| Data i podpis opiekuna usamodzielnienia |  |
| Data i podpis dyrektora PCPR |  |

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)