

## **OCENA KOŃCOWA PROCESU USAMODZIELNIENIA**

### **Dane dotyczące osoby usamodzielnianej:**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Pesel lub data urodzenia: .....
3. Miejsce zamieszkania: .....
4. Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia: .....
5. Forma pieczy zastępczej, w której przebywała osoba usamodzielniania: .....  
.....

### **I. Przebieg realizacji programu usamodzielnienia:**

1. Współdziałanie, wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem.  
Współdziałanie osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia.  
.....  
.....  
.....  
.....
2. Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej.  
.....  
.....
3. Uzyskanie przez osobę usamodzielnianą kwalifikacji zawodowych.  
.....  
.....
4. Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego.  
.....  
.....
5. Miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej.  
.....  
.....
6. Warunki mieszkaniowe.  
.....  
.....
7. Podjęcie zatrudnienia.  
.....  
.....

**II. Uzyskane świadczenia związane z usamodzielnieniem :**

## 1. Pomoc na usamodzielnienie:

Decyzją Nr ..... z dnia ..... przyznano kwotę.....

Pomoc została wydana na .....

.....

## 2. Pomoc na zagospodarowanie:

Decyzją Nr ..... z dnia ..... przyznano kwotę.....

Pomoc została wydana na .....

.....

## 3. Inna pomoc udzielona osobie usamodzielnianej:

.....

.....

.....

## 4. Pomoc na kontynuowanie nauki realizowana przez łączny okres (lat, msc.).....

wypłacono świadczenie w łącznej kwocie: .....zł, (zawieszenie, odmowa pomocy, przyczyny, okres, sposób realizacji) .....

.....

.....

**Uwagi o przebiegu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, zaangażowanie osoby usamodzielnianej, współpraca, ewentualne propozycje dalszych działań:**

.....

.....

.....

.....

.....

***Ocena indywidualnego programu usamodzielnienia została dokonana przez:***

.....

(data i podpis osoby usamodzielnianej )

.....

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia )

***Ocena indywidualnego programu usamodzielnienia została zatwierdzona przez:***

.....

(data i podpis pracownika PCPR)

.....

(data i podpis dyrektora PCPR)