**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY PRZYZNANIA POMOCY DLA USAMODZIELNIANYCH WYCHOWANKÓW PIECZY ZASTĘPCZEJ**

I . Dane usamodzielnianego wychowanka pieczy zastępczej

1. Imię: …………………………………………………………………………….
2. Nazwisko: ………………………………………………………………………..
3. Seria i numer dowodu osobistego: ………………………………………………
4. Nr PESEL: ………………………………………………………………………
5. Adres zamieszkania: …………………………………………………………….
6. Numer telefonu: …………………………………………………………………
7. Sytuacja rodzinna:
8. Osoba samotnie gospodarująca □
9. Osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca z rodziną □
10. Inne □
11. Z jakiego rodzaju opieki osoba usamodzielniana korzystała:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj opieki** | **Okres przebywania** |
| Rodzina zastępcza spokrewniona |  |
| Rodzina zastępcza niezawodowa |  |
| Rodzina zastępcza zawodowa |  |
| Rodzinny Dom Dziecka |  |
| Placówka opiekuńczo-wychowawcza |  |
| Inne ( napisać jakie) |  |
| Łączny czas pobytu poza rodziną |  |

1. Ostatnie miejsce pobytu przed usamodzielnieniem( miejsce zamieszkania rodziny zastępczej, w której osoba osiągnęła pełnoletność lub nazwa i adres placówki, którą opuściła osoba ubiegająca się o pomoc pieniężną na usamodzielnienie lub pomoc na kontynuowanie nauki) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Czy osoba usamodzielniana uczy się:

TAK □

NIE □

1. Typ szkoły: …………………………………………………………………….

Klasa/rok studiów………………………………………………………………

Semestr:…………………………………………………………………………

1. Dochód w rodzinie:

|  |  |
| --- | --- |
| Łączny dochód w rodzinie ustalony na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny  i systemie pieczy zastępczej( ustawy oświadczeniach rodzinnych np. renta rodzinna, alimenty, inne: wymienić |  |
| Dochód na osobę w rodzinie |  |
| Kryterium dochodowe dla danej osoby/rodziny wynikające z ustawy  o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej |  |

II. Wnioskowana pomoc

1. Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki w wysokości: ……………………………  
   w okresie od …………………………….. do ……………………………………….
2. Pomoc pieniężna na usamodzielnienie w wysokości: ………………………………..
3. Jednorazowa pomoc na zagospodarowanie w wysokości: ……………………………

Miejcowość: ………………………………………………….. data: …………………………………

………………………………………………….

Podpis osoby przyjmującej wniosek