

Myślibórz, dnia

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Zespół ds. usamodzielnień oraz instytucjonalnej pieczy zastępczej
ul. Północna 15
74 – 300 Myślibórz**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY NA USAMODZIELNIENIE

CZĘŚĆ I (wypełnia wnioskodawca)

1. Dane osoby usamodzielnianej

Imię i nazwisko

PESEL

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu

Obywatelstwo

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania:

Telefon

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

2. Ostatnie miejsce pobytu osoby usamodzielnianej przed jej usamodzielnieniem

Imię i nazwisko rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka/nazwa placówki

Adres rodziny zastępczej/prowadzącego rodzinny dom dziecka/ placówki

3. Miejsce zamieszkania osoby usamodzielnianej przed umieszczeniem jej po raz pierwszy w pieczy zastępczej/ placówce*

| |
|--------------------|
| Miejscowość |
| Powiat |
| Województwo |
| Ulica/nr domu..... |
| Kod pocztowy |

WNOSZĘ O PRYZYCNANIE POMOCY NA USAMODZIELNIENIE

4. Informacje o członkach rodziny osoby usamodzielnianej*

| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | PESEL | Płeć | Stopień pokrewieństwa | Miejsce pracy lub nauki | Źródła dochodu Rodzaj i wysokość** |
|-----|-----------------|----------------|-------|------|-----------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*w tabeli umieścić tylko wnioskodawcę oraz małżonka i dzieci pozostające na jego utrzymaniu

** wpisać wysokość dochodu, za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku i dołączyć dokumenty potwierdzające uprawnienia i wysokość dochodu poszczególnych członków rodziny

POUCZENIE

Zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:

1. Osobie opuszczającej, po osiągnięciu pełnoletności, rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną, w przypadku, gdy umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie orzeczenia sądu przyznaje się pomoc na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz zagospodarowanie.
2. Osoby usamodzielniane są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał pomoc, o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.
3. Nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi łącznie z ustawowymi odsetkami przez osobę, która je pobrała.
4. Za nienależnie pobrane świadczenie pieniężne uważa się świadczenia:
 - wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie albo wstrzymanie wypłaty świadczenia pieniężnego w całości lub w części,
 - przyznane lub wypłacone w przypadku świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia,
 - wypłacone bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa, jeżeli stwierdzono nieważność decyzji przyznającej świadczenie pieniężne albo w wyniku wznowienia postępowania uchylono decyzję przyznającą to świadczenie i odmówiono prawa do tego świadczenia.
5. Należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń pieniężnych podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

.....
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się)

.....
(data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI:

1. Zatwierdzony indywidualny program usamodzielnienia (**tylko w przypadku składania wniosku po raz pierwszy**),

Oświadczam, że:

- wszystkie zawarte we wniosku informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym,
- zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do pomocy na usamodzielnienie

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(data i czytelny podpis osoby ubiegającej się)

CZĘŚĆ II (wypełnia podmiot realizujący świadczenie)

| | |
|---|----------|
| Forma pieczy zastępczej/placówki*, którą opuściła osoba usamodzielniana | |
| Powiat, na terenie którego osoba usamodzielniana przebywało przed umieszczeniem po raz pierwszy pieczy zastępczej/placówce* | |
| Data opuszczenia /skreślenia pieczy zastępczej/placówki* przez osobę usamodzielnianą | |
| Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej | |
| Dochód na osobę w rodzinie osoby usamodzielnianej | zł |

| Rodzaj świadczenia | Wysokość przyznanego świadczenia |
|---------------------------|----------------------------------|
| pomoc na usamodzielnienie | zł |

Dyspozycje:

Przyznać pomoc na usamodzielnienie w miesiącu
w wysokości jw.

.....
(data, podpis i pieczęć osoby rozpatrującej wniosek)

.....
(data, podpis i pieczęć osoby podejmującej decyzję)