

.....
Data wpływu do PCPR

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU CHRONIONYM TRENINGOWYM

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy w formie pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym prowadzonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie, utworzonym w Sowczycach, przy ul. Długiej 37.

- Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....

- Data urodzenia Wnioskodawcy (Pesel)

.....

- Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pierwszej formie pieczy zastępczej

.....
.....

- Placówka, którą opuszcza Wnioskodawca (adres) lub imię i nazwisko rodziny zastępczej (adres i nr telefonu do kontaktu)

.....
.....
.....
.....

- Aktualne miejsce zamieszkania

.....
.....

- Aktualny nr telefonu komórkowego

.....

- Wysokość miesięcznego dochodu (z jakiego tytułu) – dochód z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

- Sytuacja szkolna

.....

.....

.....

.....

.....

- Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa oraz zdrowotna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Imię i nazwisko, adres i nr telefonu opiekuna usamodzielnienia (stopień pokrewieństwa)

.....

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie zobowiązuję się do współdziałania w rozwiązywaniu mojej trudnej sytuacji życiowej poprzez aktywną współpracę z pracownikiem PCPR, opiekunem mieszkania chronionego treningowego oraz udział we wskazanych formach pomocy, w szczególności realizacji „Indywidualnego programu usamodzielnienia”.

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 – zobowiązanie się opiekuna usamodzielnienia do współpracy z :
 - a) osobą usamodzielnianą,
 - b) Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie,
 - c) opiekunem mieszkania chronionego treningowego.
- 2) Załącznik nr 2 – zobowiązanie się ubiegającego o pobyt w mieszkaniu chronionym treningowym do:
 - a) realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia,
 - b) przestrzegania „Regulaminu pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym”,
 - c) przedkładania przynajmniej raz na kwartał, a także na żądanie opiekuna mieszkania zaświadczenia ze szkoły dotyczącego frekwencji.
- 3) Załącznik nr 3 – oświadczenie o miejscu pochodzenia i adresie zameldowania.
- 4) Potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia indywidualnego programu usamodzielnienia (w przypadku jego braku w dokumentacji PCPR w Oleśnie).
- 5) Opinia dyrektora placówki (dotyczy sytuacji, gdy od opuszczenia placówki nie upłynęło więcej niż 6 miesięcy), w której przebywała osoba ubiegająca się o pobyt w mieszkaniu chronionym lub w przypadku wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej - pracownika zajmującego się daną rodziną zastępczą, właściwego ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania rodziny zastępczej usamodzielniającego się wychowanka.

Olesno, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy



.....
Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia

.....
Adres placówki, w której pracuje opiekun
lub adres zamieszkania

.....
Relacja w stosunku do osoby usamodzielnianej
np. stopień pokrewieństwa/ stanowisko służbowe

.....
Aktualny nr telefonu

ZOBOWIĄZANIE

W związku z pełnieniem funkcji opiekuna dla:

.....
.....

Na okres usamodzielnienia zobowiązuję się do współpracy z:

- osobą usamodzielnianą,
- Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie,
- opiekunem mieszkania chronionego treningowego.

.....
Olesno, dnia

.....
Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia



.....
Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej

.....
Adres zamieszkania

.....
Aktualny nr telefonu

ZOBOWIĄZANIE

W czasie pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym zobowiązuję się do:

- realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia,
- przestrzegania „Regulaminu pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym”,
- przedkładania przynajmniej raz na kwartał, a także na żądanie opiekuna mieszkania zaświadczenia ze szkoły dotyczącego frekwencji.

Olesno, dnia

.....
Czytelny podpis osoby usamodzielnianej



.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pochodzę z terenu powiatu:

.....

Jestem zameldowana/ny:

.....
.....
.....

(adres)

Olesno, dnia

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Olesno, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na, oświadczam, że:

- 1) wyrażam zgodę na dobrowolne wykonanie badania alkomatem lub wykonanie testu na obecność środków odurzających na terenie mieszkania chronionego treningowego na każde żądanie pracownika PCPR w Oleśnie/ opiekuna mieszkania chronionego,
- 2) odpowiadam materialnie za powierzone mienie wymienione w załączeniu do oświadczenia, będące wyposażeniem mieszkania chronionego treningowego,
- 3) zostałem/am poinformowany/a o konieczności zabrania przedmiotów osobistych i rzeczy nie będących na stanie mieszkania chronionego treningowego po zakończeniu pobytu w mieszkaniu pod rygorem ich komisyjnego zniszczenia,
- 4) zapoznałem/am się z treścią Regulaminu pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
- 5) znane mi jest postępowanie na wypadek pożaru i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
- 6) nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwa lub przestępstwa skarbowe. W przypadku wystąpienia zmian w powyższym zakresie, niezwłocznie poinformuję o tym fakcie opiekuna mieszkania i PCPR w Oleśnie.

.....
Czytelny podpis osoby zamieszkującej