

Malbork, dnia .....  
Nr sprawy:

wypełnia PCPR

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

W .....

**WNIOSEK**

**osoby usamodzielnianej - pomoc na: usamodzielnienie/zagospodarowanie**

*niepotrzebne skreślić*

**I. Sytuacja osobista**

Imię i nazwisko:	Data i miejsce urodzenia	pesel
Adres zamieszkania:	telefon:	
Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej/institucji		
nr konta bankowego, na które ma być przekazywana pomoc	nazwa banku	właściciel rachunku

**II. Przyznana pomoc zostanie przeznaczona na:**

--

*Wypełnij czytelnie*

**III. Okres przebywania w pieczy zastępczej lub innej instytucji**

rodzaj pieczy zastępczej	nazwa pieczy zastępczej/institucji oraz adres	od /do (podać rok)
Rodzina zastępcza spokrewniona		
Rodzina zastępcza niezawodowa		
Rodzina zastępcza zawodowa		
Rodzinny Dom Dziecka		
Placówka opiekuńczo-wychowawcza		
Inna instytucja		

*Wypełnij czytelnie, jeśli nie pamiętasz, poproś pracownika PCPR o pomoc*

**IV. Załączniki ( dokumenty ) wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika	Załączono tak/nie
Kserokopia umowy najmu/ akt notarialny jeśli osoba jest właścicielem	
Kserokopia umowy o pracę/kserokopia zaświadczenia z PUP	

*Wypełnij*

**VI. Oświadczenia:**

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku, celem dalszego wykorzystania w procesie decyzyjnym, zgodnie z ustawą z dnia 25 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.
- Oświadczam, że nie zostałem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe\*.

**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 od 6 miesięcy do lat 8.

.....  
*czytelny podpis*

Wnioski **opiekuna procesu usamodzielnienia** co do zasadności przeznaczenia pomocy:

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

.....  
*(podpis opiekuna)*

Wnioski pracownika PCPR co do zasadności przeznaczenia pomocy: .....

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

Akceptacja lub brak akceptacji Dyrektora PCPR:

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

\*właściwe podkreślić