

**WERYFIKACJA I OCENA REALIZACJI INDYWIDUALNEGO
PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

Pani/Pan

Adres zamieszkania

Tel. kontaktowy

1. Zrealizowane cele:

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

2. Niezrealizowane cele i przyczyna:

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

3. Trudności występujące przy realizacji planu usamodzielnienia:

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

4. Ocena sytuacji wychowanka:

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

5. Zobowiązania:

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

6. Wnioski do dalszej pomocy:

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

CZĘŚĆ PROGRAMOWA

1. Za cel programu przyjmuje się:

.....
.....

2. Przewiduje się, że program obowiązywać będzie do:

.....
.....

3. Potrzeby zgłaszane przez osobę usamodzielnianą:

.....
.....

4. Planowane działania wraz z terminami realizacji:

Nauka:.....

.....

Praca:.....

.....

Mieszkanie:.....

.....

Inne:.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis pracownika socjalnego)

.....

(podpis wychowanka/ki)

.....

(podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....

(podpis Dyrektora PCPR)