

POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Żyrardowie
ul. 1 Maja 60
96-300 Żyrardów
tel. (046) 854 – 20 – 83

**WERYFIKACJA
INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

wnoszę zmiany :

do indywidualnego programu usamodzielnienia :

.....

imię i nazwisko wychowanka

<i>Przed zmianą</i>		<i>Po zmianie</i>		
LP	Zadania ujęte w planie	Zakres zmiany zadania ujętego w planie	Osoby i instytucje wspomagające	Data realizacji
1				
2				
3				
4				
5				

UZASADNIENIE

Wprowadzone zmiany uzasadnione są zmianą sytuacji wychowanka tj.

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

.....
miejsowość i data

.....
.....
podpis wychowanka lub jego przedstawiciela

podpis Dyrektora PCPR