

**OCENA POBYTU W MIESZKANIU CHRONIONYM  
I PROCESU USAMODZIELNIENIA**

**1. Efekty podjętych działań**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Możliwości użytkownika mieszkania oraz możliwości występujące w środowisku pozwalające na realizację procesu usamodzielnienia**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Ograniczenia występujące po stronie użytkownika lub bariery w środowisku powodujące trudności w realizacji procesu usamodzielnienia:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. Działania podejmowane w ramach procesu usamodzielnienia:

Lp.	OBSZAR	DZIAŁANIE UŻYTKOWNIKA MIESZKANIA CHRONIONEGO	DZIAŁANIE PRACOWNIKA SOCJALNEGO/ OPIEKUNA MIESZKANIA CHRONIONEGO	TERMIN
1	EDUKACJA			
2	PRACA			
3	PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO			
4	UTRZYMYWANIE WIĘZI RODZINNYCH			
5	INNE ..... .....			

Sporządzono dni: .....

.....  
(podpis użytkownika mieszkania chronionego)

.....  
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

.....  
(podpis opiekuna mieszkania chronionego)

**Zatwierdzam:**

.....  
(podpis Dyrektora PCPR)