

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

/osoby opuszczającej rodzinną / instytucjonalną * pieczę zastępczą/

CZĘŚĆ PIERWSZA

(wypełnia osoba usamodzielniana)

A. Informacje związane z osobą usamodzielnianą:

I. Dane dotyczące osoby usamodzielnianej:

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. PESEL:
4. Nr telefonu:
5. Adres zameldowania:
6. Adres zamieszkania/pobytu przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:
.....
7. Powiat, z którego przybyła osoba usamodzielniana przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:
.....
8. Powiat, na terenie którego osoba usamodzielniana ma zamiar zamieszkać po opuszczeniu pieczy zastępczej:

II. Informacja o miejscach pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej:

1. Dane o aktualnym miejscu pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej:
 - a) Imię, nazwisko, adres zamieszkania rodziny zastępczej - stopień pokrewieństwa*;
Nazwa i adres instytucjonalnej pieczy zastępczej*:
.....
.....
 - b) Podstawa prawna umieszczenia:
Postanowienie Sądu Rejonowego w z dnia,
sygn. akt
 - c) Planowana data opuszczenia pieczy zastępczej:
 - d) Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinną / instytucjonalną* pieczę zastępczą usamodzielniającemu się wychowankowi:.....
.....
.....
2. Poprzednie miejsca pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej:

L.p.	Postanowienie Sądu sygn. akt / data wydania	Imię i nazwisko /nazwa Rodziny Zastępczej* Instytucjonalnej Pieczy Zastępczej*	Adres	Okres pobytu od.... do...	Łącznie lat/msc.

III. Dane dotyczące rodziny biologicznej i osób wspierających osobę usamodzielnianą:

Rodzice i osoby wspomagające osobę usamodzielnianą	Imię i nazwisko, adres zamieszkania, aktualna sytuacja życiowa, stan zdrowia warunki: mieszkalne, materialne	Zakres i rodzaj oferowanej pomocy
MATKA		
OJCIEC		
RODZĘŃSTWO		
Krewni / Znajomi		

IV. Informacja dotycząca opiekuna usamodzielnienia:

1. Imię i nazwisko:
2. Stopień pokrewieństwa:
3. Nr telefonu:
4. Adres zamieszkania:
5. Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:
.....

V. Wykształcenie osoby usamodzielnianej – dalszy plan kontynuowania nauki:

1. Ukończone szkoły:

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa szkoły</i>	<i>Uzyskane wykształcenie / zawód</i>	<i>Data ukończenia</i>

2. Posiadane kwalifikacje zawodowe (kursy i szkolenia):

- 1).....
- 2).....

3. Aktualna sytuacja szkolna:

- a) Czy osoba usamodzielniana kontynuuje obecnie naukę? **tak / nie***

Jeśli tak, to proszę podać:

<i>Nazwa Szkoły / Uczelni</i>	<i>Poziom kształcenia rok/ semestr /klasa</i>	<i>Data ukończenia nauki</i>	<i>Uwagi</i>
-------------------------------	---	------------------------------	--------------

- b) Czy osoba usamodzielniana zamierza dalej kontynuować naukę? **tak / nie***

Jeśli tak, to proszę podać plan kontynuowania nauki:

<i>L.p.</i>	<i>Sposoby uzyskania wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych</i>	<i>Nazwa szkoły / uczelni pracodawcy / org. kursu</i>	<i>Nazwa kursu, poziom, stopień uzyskanych kwalifikacji</i>	<i>Okres trwania nauki od ... do ...</i>
1.	<i>w szkole</i>			
2.	<i>w zakładzie kształcenia nauczycieli</i>			
3.	<i>w uczelni</i>			
4.	<i>na kursach</i>			
5.	<i>u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego</i>			

VI. Charakterystyka osoby usamodzielnianej oraz środowiska w którym się usamodzielnia:

1. Mocne strony osoby usamodzielnianej:

.....
.....

2. Słabe strony osoby usamodzielnianej:

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

3. Sytuacja zdrowotna:

a) czy osoba usamodzielniana podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu? **tak / nie***

podać w jakiej formie:

b) ogólny stan zdrowia?.....

.....

c) czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie? **tak / nie***

jeśli tak, to proszę podać gdzie, rodzaj choroby?

.....

d) czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? **tak / nie***

jeśli tak, to proszę podać stopień niepełnosprawności oraz okres na jaki zostało wydane
orzeczenie o niepełnosprawności?.....do.....

.....

4. Sytuacja dochodowa osoby usamodzielnianej:

Posiadam/nie posiadam następujące dochody:

a) renta rodzinna z dodatkiem dla sieroty zupełnej:

b) renta rodzinna bez dodatku dla sieroty zupełnej:.....

c) renta socjalna:

- d) alimenty:.....
- e) zasiłek pielęgnacyjny:.....
- f) stypendium:
- g) dochód z majątku:.....
- h) inne, jakie:

5. Warunki mieszkaniowe:

1) Sytuacja mieszkaniowa osoby usamodzielnianej po opuszczeniu rodzinnej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej:

- a) zamieszkanie u rodziny zastępczej,
- b) zamieszkanie z rodziną biologiczną,
- c) zamieszkanie we własnym mieszkaniu, domu,
- d) wynajem mieszkania, pokoju,
- e) zamieszkanie w internacie, akademiku,
- f) inne jakie?

2) Czy osoba usamodzielniana planuje złożenie wniosku o przydział mieszkania? **tak / nie***

Jeśli tak, to kiedy?.....

6. Karalność:

Czy osoba usamodzielniana była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie lub przestępstwo skarbowe? **tak / nie***

jeśli tak, to kiedy i na jaki okres, przez jaki Sąd, gdzie odbyła karę pozbawienia wolności?

VII. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń:

1) Pieniężnych:

a) Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki? **tak / nie***

jeśli tak, to od kiedy i jaki będzie planowany sposób wykorzystania tej pomocy?

.....

b) Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy na zagospodarowanie? **tak / nie***

jeśli tak, to kiedy, w jakiej formie i jaki będzie planowany sposób wykorzystania tej pomocy?

.....

c) Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy na usamodzielnienie? **tak / nie***

jeśli tak, to kiedy i jaki będzie planowany sposób wykorzystania tej pomocy?

.....

2) Niepieniężnych:

(wsparcie pracowników PCPR-u: w pisaniu podań, wniosków, CV, pośrednictwo w PUP itp.)

- a) Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu zatrudnienia: **tak/nie*** jeśli tak, to kiedy i w jakiej formie?.....
.....
- b) Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych? **tak / nie*** jeśli tak, to od kiedy i w jakiej formie?.....
.....
- c) Czy osoba potrzebuje wsparcia psychologa? **tak / nie*** jeśli tak, to od kiedy i w jakiej formie?
.....
.....

VIII. Plan podejmowanych działań usamodzielniania osoby i jego rozłożenie w czasie:

Zadania realizowane w trakcie procesu usamodzielniania:

1. Przewidywany okres obowiązywania planu: od do

<i>Działania zadania do realizacji</i>	<i>Sposoby realizacji zadania</i>	<i>Planowany termin realizacji</i>	<i>Osoby i instytucje wspierające</i>	<i>Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia</i>
<i>Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem</i>				
<i>Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami</i>				
<i>Uzyskanie kwalifikacji zawodowych</i>				
<i>Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego</i>				
<i>Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych</i>				
<i>Pomoc w podjęciu zatrudnienia</i>				

2. Planowanie formy pomocy:

Forma pomocy i jej przeznaczenie	Zobowiązania do współpracy z pracownikami PCPR	Planowany termin realizacji zadania od do
Pomoc na kontynuowanie nauki	– przedłożenie w PCPR wymaganych oświadczeń i dokumentów potwierdzających kontynuowanie nauki, – podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez naukę w szkołach wyższego stopnia, – przedkładanie na początku każdego semestru zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki na następnym semestrze, – systematyczne uczestnictwo w zajęciach szkolnych, – czynienie postępów w nauce, uzyskiwanie zaliczeń z przedmiotów i egzaminów, – informowanie pracowników PCPR o każdej zmianie związanej z tokiem nauki, jej zawieszeniu, przerwaniu itp., – inne, jakie?.....	
Pomoc na zagospodarowanie, w szczególności na: – materiały niezbędne do wyposażenia i remontu mieszkania, – niezbędne urządzenia domowe, – pomoce naukowe, – sprzęt rehabilitacyjny, – sprzęt służący do podjęcia zatrudnienia, – inne, jakie?.....	– ścisła współpraca z pracownikiem PCPR w zakresie przyznania i realizacji pomocy na zagospodarowanie, – wykorzystanie pomocy z godnie z założonym celem, – rozliczenie w wyznaczonym przez pracownika PCPR terminie przyznanej kwoty, – inne, jakie?.....	
Pomoc na usamodzielnienie, przeznaczona na zaspokojenie ważnej potrzeby życiowej, a w szczególności na: – polepszenie warunków mieszkaniowych, – stworzenie warunków do działalności zarobkowej, – podniesienie kwalifikacji zawodowych, – pokrycie dodatkowych wydatków związanych z nauką, – opłata kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe, – inne, jakie?.....	– ścisła współpraca z pracownikiem PCPR w zakresie przyznania i realizacji pomocy na usamodzielnienie, – wykorzystanie pomocy z godnie z założonym celem, – rozliczenie w wyznaczonym przez pracownika PCPR terminie przyznanej kwoty, – inne, jakie?.....	

CZĘŚĆ DRUGA

Bieżąca ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej:

1. Posiadane zasoby osoby usamodzielnianej:.....
.....
.....
.....
2. Możliwości osoby usamodzielnianej pozwalające na realizację programu usamodzielnienia:
.....
.....
.....
3. Ograniczenia osoby usamodzielnianej lub bariery w środowisku utrudniające realizację programu usamodzielnienia:
.....
.....
.....

CZĘŚĆ TRZECIA

(wypełnia osoba usamodzielniana, opiekun usamodzielnienia)

II. Deklaracje i zobowiązania osoby usamodzielnianej:

1. Zobowiązuję się do realizacji poszczególnych postanowień zawartych w indywidualnym programie usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim.
2. Zobowiązuję się do aktywnej współpracy z moim opiekunem usamodzielnienia.
3. Zobowiązuję się do dokonania wraz z opiekunem końcowej oceny procesu usamodzielnienia zaraz po zakończeniu realizacji programu usamodzielnienia i przedłożenia oceny dyrektorowi PCPR.
4. Zobowiązuję się do poinformowania właściwego PCPR o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym w szczególności o zmianie szkoły, miejsca zamieszkania sporządzając modyfikację do programu usamodzielnienia.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych uzyskanych przez Administratora Danych Osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, dotyczących mojej osoby na zasadach określonych w otrzymanej „Klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR”

Ostrowiec Św., dnia r.

/podpis osoby usamodzielnianej/

III. Deklaracje i zobowiązania opiekuna usamodzielniania:

1. Zobowiązuję się dokonać po zakończeniu realizacji programu usamodzielnienia przez osobę usamodzielnianą jego końcowej oceny.
2. Zobowiązuję się w miarę moich możliwości pomagać osobie usamodzielnianej w realizacji programu usamodzielnienia oraz brać czynny udział w jego ewentualnej modyfikacji.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych uzyskanych przez Administratora Danych Osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim dotyczących mojej osoby na zasadach określonych w otrzymanej „Klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR”

Ostrowiec Św., dnia r.
/podpis opiekuna usamodzielnienia/

IV. Uwagi końcowe:

Indywidualny program usamodzielnienia opracowano w dniu roku.

.....
/podpis opiekuna usamodzielnienia/

.....
/podpis osoby usamodzielnianej/

Ocena i uwagi pracowników PCPR w Ostrowcu Św. dotyczące opracowanego IPU:

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

.....
/sprawdził/

.....
/zaakceptował/

AKCEPTACJA

Zatwierdzam indywidualny program usamodzielnienia: TAK / NIE *

.....
/data, pieczęć i podpis dyrektora PCPR/

CZĘŚĆ CZWARTA

Przyznane świadczenia w ramach usamodzielnienia:

1. Pomoc na zagospodarowanie:

- kwota: data przyznania: r. numer decyzji:
- rodzaj przyznanej pomocy:
-

.....

/data i podpis pracownika/

2. Pomoc na usamodzielnienie:

- kwota: data przyznania: r. numer decyzji:
- uwagi:
-

.....

/data i podpis pracownika/

3. Pomoc na kontynuowanie nauki:

- kwota:
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- data przyznania: r. numer decyzji:.....czasookres od.....do.....
- uwagi:
-

.....

/data i podpis pracownika/

Załączniki do Indywidualnego Programu Usamodzielnienia:

- 1) Załącznik Nr 1 – Modyfikacja Indywidualnego Programu Usamodzielnienia,
- 2) Załącznik Nr 2 – Ocena końcowa Indywidualnego Programu Usamodzielnienia.

*- niepotrzebne skreślić

- jeśli poszczególne rubryki nie znajdują zastosowania w konkretnym przypadku, należy wpisać „nie dotyczy”