

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

.....
(imię i nazwisko usamodzielnianego wychowanka)

CZĘŚĆ A – INFORMACYJNA

I. Informacje o wychowanku:

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce urodzenia:
4. Przed umieszczeniem placówce/ rodzinie zastępczej zamieszkiwałam(em):
Miejscowość:
ul.
gmina.: powiat:
5. Po opuszczeniu placówki/rodziny zastępczej będę zamieszkiwał(a):
Miejscowość:
ul:
gmina: powiat:
Telefon.....
6. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

II. Dane dotyczące opiekuna na czas usamodzielnienia:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres: gm.

III. Telefon:

IV. Dane dotyczące pobytu w placówce/rodzinie zastępczej:

1. Placówka/ rodzina zastępcza:
2. Data umieszczenia wychowanka:
3. Postanowienie Sądu z dn.
sygn. akt:
4. Data opuszczenia placówki/ rodziny zastępczej:
5. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez placówkę/rodzinę zastępczą usamodzielnianemu wychowankowi:

V. Poprzednie miejsca i okresy pobytu wychowanka w pieczy zastępczej lub innego rodzaju placówkach:

L.p.	Rodzinna piecza zastępcza lub nazwa i adres placówki	Data umieszczenia	Data opuszczenia

VI. Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej:

SYTUACJA RODZINNA

Należy uwzględnić następujące zagadnienia: dane o rodzicach (czy żyją, czy mieszkają razem, warunki mieszkaniowe rodziców, czy kontaktują się z osobą usamodzielnianą, czy mają możliwości pomocy), dane o dziadkach, o rodzeństwie lub o innych osobach znaczących dla osoby usamodzielnianej z dalszej rodziny lub osób zaprzyjaźnionych.

SYTUACJA MIESZKANIOWA

Należy uwzględnić miejsce aktualnego zamieszkania, adres zameldowania, możliwość zamieszkania w mieszkaniu rodziców, dziadków lub dalszej rodziny, planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki, inne informacje istotne dla wyjaśnienia sytuacji mieszkaniowej.

SYTUACJA ZAWODOWA

Należy uwzględnić ukończone szkoły, etap kształcenia, na którym znajduje się osoba usamodzielniana w chwili opracowania programu, posiadane kwalifikacje zawodowe, ukończone kursy, informacja o planach dotyczących zatrudnienia, inne istotne dane tj. umiejętności, zainteresowania.

SYTUACJA ZDROWOTNA

Należy uwzględnić stan zdrowia, szczegółowe wymagania związane ze stanem zdrowia, uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego w chwili opracowania programu (z jakiego tytułu osoba usamodzielniana posiada ubezpieczenie).

SYTUACJA DOCHODOWA

Należy uwzględnić dochody osoby usamodzielnianej, zasoby materialne, posiadany majątek, świadczenia finansowe (renta rodzinna, renta socjalna, alimenty, zasiłek pielęgnacyjny, stypendium)

UWAGI

.....
.....

*niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ B – PLAN PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

L.p.	Potrzeby	Sposoby i formy realizacji	Przybliżony termin realizacji	Osoby odpowiedzialne
1.	Wzmocnienie więzi z rodziną i środowiskiem lokalnym	Podtrzymywanie więzi rodzinnych , zaznajomienie z instytucjami i organizacjami NGO oferującymi pomoc i wsparcie w środowisku lokalnym , współpraca ze szkołą i pracodawcą.	Cały okres realizacji IPU	wychowanek, opiekun usamodzielnienia
2.	Uzyskanie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych			wychowanek, opiekun usamodzielnienia
3.	Uzyskanie uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego			wychowanek, opiekun usamodzielnienia, PUP
4.	Ustalenie miejsca osiedlenia się			wychowanek, opiekun usamodzielnienia
5.	Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych			wychowanek, opiekun usamodzielnienia
6.	Podjęcie zatrudnienia			wychowanek, opiekun usamodzielnienia. PUP
7.	Wnioskowanie o przysługujące świadczenia			PCPR, wychowanek, opiekun usamodzielnienia

1. Deklaruję, iż pomoc na usamodzielnienie przeznaczę na zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby tj.:

2. W związku z kontynuowaniem nauki zobowiązuję się do:

- przedkładania na początku każdego semestru zaświadczenia szkolnego potwierdzającego naukę na kolejnym semestrze,
- systematycznego uczestnictwa w zajęciach szkolnych i zgłaszania ewentualnych przerw w nauce,
- czynienia postępów w nauce, uzyskiwania zaliczeń z przedmiotów i egzaminów.

3. Oświadczam, iż zapoznałam się z zasadami i przepisami dotyczącymi procesu usamodzielnienia i wiem, że nie realizowanie programu usamodzielnienia może być podstawą do odmowy przyznania świadczeń z nim związanych.

4. Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia

Data sporządzenia Indywidualnego Programu Usamodzielnienia:.....

.....
(data i podpis osoby usamodzielnianej)

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

Zatwierdzam do realizacji

.....
(data i podpis dyrektora PCPR)

**WERYFIKACJA NR..... INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA Z
DNIA.....**

Obszar zmiany	Zakres zmiany

.....
(data i podpis osoby usamodzielnianej)

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

Zatwierdzam do realizacji

.....
(data i podpis dyrektora PCPR)