

**Indywidualny Program Usamodzielnienia**

**sporządzony dnia** ………………………….

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

( Dz. U z 2015r., poz. 332 ze zm)

**Cel programu: życiowe usamodzielnienie wychowanka poprzez uwzględnienie wykształcenia i zdobycia kwalifikacji zawodowych zgodnie z jego aspiracjami i możliwościami oraz stabilizacja sytuacji mieszkaniowej.**

**1. Dane osoby usamodzielnianej:**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

Adres zameldowania na pobyt stały:………………………………………………………… Telefon/ e-mail………………………………………………………………………………….

Osoba niepełnosprawna: □ TAK Stopień niepełnosprawności………………………□ NIE

**2. Możliwości ( potencjał osobisty i posiadane zasoby) osoby usamodzielnianej pozwalające na właściwą realizację procesu usamodzielnienia.**

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Ograniczenia lub bariery w środowisku mogące powodować utrudnienia w realizacji procesu usamodzielnienia**

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informacja o miejscach pobytu w pieczy zastępczej bezpośrednio przed rozpoczęciem procesu usamodzielnienia zgodnie z art. 141 ust. 1 ustawy**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**II. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia**

□ współdziałanie w zakresie opracowania, realizacji, zmian i oceny końcowej IPU,

□ informowanie o zmianie sytuacji życiowej w tym edukacyjnej, zawodowej, mieszkaniowej, zdrowotnej,

□ opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie i zagospodarowanie,

□ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z rodziną,

□ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z instytucjami publicznymi,

□ współpraca w zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych,

□ współpraca w zakresie podjęcia zatrudnienia,

□ współpraca w zakresie ustalenia uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego,

□ inne ( jakie?)…………………………………………………………………………………

**1. Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem**

Matka biologiczna

Imię i nazwisko, adres zamieszkania……………………………………………………………

Rodzaj kontaktów osoby usamodzielnianej z rodzicem ………………………………………

Ojciec biologiczny

Imię i nazwisko, adres zamieszkania……………………………………………………………

Rodzaj kontaktów osoby usamodzielnianej z rodzicem ………………………………………

Dziadkowie

Imię i nazwisko, adres zamieszkania……………………………………………………………

Rodzaj kontaktów ……………………………………..………………………………………

Rodzeństwo

Imię i nazwisko, adres zamieszkania……………………………………………………………

Rodzaj kontaktów osoby usamodzielnianej z rodzeństwem ……………………………………

Osoby, na których wsparcie mogę liczyć:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko/  Adres zamieszkania | Pokrewieństwo | Zakres oczekiwanej pomocy | Termin realizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wykaz instytucji i/ lub organizacji, z którymi zamierzam podjąć:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji/organizacji  Adres siedziby | Zakres współpracy lub oczekiwanej pomocy | Termin realizacji |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Sposób uzyskania wykształcenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Termin** |
| Posiadane wykształcenie |  |  |
| Obecnie kontynuuje naukę w: |  |  |
| Zamierzam nadal kontynuować naukę w: |  |  |
| Posiadam uprawnienia zawodowe: |  |  |
| Planuję uzyskanie kwalifikacji w zawodzie : |  |  |

1. **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**

**Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Po opuszczeniu pieczy zastępczej zamierzam się osiedlić ( miejscowość, gmina, powiat)** |  |
| Zamieszkam z rodziną zastępczą/ pozostanę w placówce opiekuńczo- wychowawczej |  |
| Zamieszkam z rodziną biologiczną |  |
| Wynajmę pokój |  |
| Kupię mieszkanie |  |
| P**o opuszczeniu pieczy zastępczej oczekuję pomocy w** |  |
| Uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym |  |
| Całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z wynajmem pokoju |  |
| Ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy |  |
| Umożliwieniu zamieszkania w bursie lub internacie do czasu ukończenia nauki |  |
| całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z zakwaterowaniem w trakcie nauki w szkole wyższej |  |

1. **Podjęcie zatrudnienia**

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

Termin realizacji...........................................................................................................................

1. **Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK/NIE** | **Termin** |
| Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki |  |  |
| Pomoc pieniężna na usamodzielnienie |  |  |
| Pomocy pieniężna na zagospodarowanie |  |  |
| Pomocy rzeczowa na zagospodarowanie |  |  |

**VIII. Inne oczekiwane formy pomocy**

□ pomoc w uzyskaniu zatrudnienia

□ pomoc prawna w zakresie ………………………………………………………………….

□ wsparcie psychologiczne

□ pomoc w kontaktach z instytucjami

□ pozyskiwanie informacji o możliwych formach wsparcia i instytucjach wspierających

□ modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia;

□ nawiązania kontaktów z rodziną.

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

podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

**DEKLARACJA I ZOBOWIĄZANIA USAMODZIELNIAJĄCEGO SIĘ WYCHOWANKA/I:**

Zobowiązuję się do:

1. realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie   
   z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w …………………………………………….
2. aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielnienia w celu skuteczniej realizacji programu usamodzielnienia.
3. dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem powiatowego centrum pomocy rodzinie właściwego do udzielenia pomocy oceny końcowej procesu usamodzielnienia.
4. poinformowania opiekuna usamodzielnienia oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie   
   w ……………………………….………....... o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
5. przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie do zaspokojenia ważnych życiowo potrzeb tj. polepszenia warunków mieszkaniowych stworzenia warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienia kwalifikacji zawodowych, pokrycia wydatków związanych z nauką, z wyłączeniem wydatków na kontynuowanie nauki.

Wejherowo, dnia ............................... roku

.............................................. podpis osoby usamodzielnianej

**ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

*Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym dnia…………………………..r.*

*………………………………………*

*Podpis osoby sprawdzającej*

*Zatwierdzam niniejszy program do realizacji*

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

*Data i podpis Dyrektora PCPR*