** Modyfikacja**

**Indywidualnego Programu Usamodzielnienia**

**sporządzona w dniu** ………………………….

1. **Osoba usamodzielniana**

Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej………………………………………………………..

Aktualny adres zamieszkania: …………………………………………………………………..

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

Telefon/ e-mail…………………………………………………………………………………..

Opiekun usamodzielnienia/telefon ………………………………...............................................

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

**1. Współdziałanie osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia**

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

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

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

**2. Kontakty osoby usamodzielnianej z rodziną i środowiskiem**

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

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

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

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

**3. Współpraca osoby usamodzielnianej z instytucjami**

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

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

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

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

1. **Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej**

**Aktualna sytuacja edukacyjna** ………………………………………………………………..

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

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

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

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

1. **Kwalifikacje zawodowe, kursy**

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

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

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

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

1. **Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego/ orzeczenie o niepełnosprawności**

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

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

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

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

1. **Miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej/aktualna sytuacja mieszkaniowa**

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………... |

**VIII. Pozycja na rynku pracy, podjęcie zatrudnienia**

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

1. **Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**

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

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

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

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

1. **Inne oczekiwane formy pomocy**

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

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

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

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

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

podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

**ZATWIERDZENIE MODYFIKACJI**

**INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

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

*………………………………………*

*Podpis osoby sprawdzającej*

*Zatwierdzam niniejsze zmiany w indywidualnym programie usamodzielnienia*

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

*Data i podpis Dyrektora*