**Indywidualny Prog*ra*m Usamodzielnienia**

**sporządzony w dniu** ……………………………..

**I. Dane osoby usamodzielnianej:**

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

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

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

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

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej/ skierowaniem do placówki: …………………………………………………………………………………………………...

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

Osoba niepełnosprawna: □ TAK stopień niepełnosprawności………………………………...

□ NIE

Osoba opuszczająca po uzyskaniu pełnoletności:

□ rodzinę zastępczą spokrewnioną

□ rodzinę zastępczą niezawodową, zawodową, RDD

□ placówkę opiekuńczo – wychowawczą

□ regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną

□ młodzieżowy ośrodek wychowawczy

□ młodzieżowy ośrodek socjoterapii

□ schronisko dla nieletnich

□ zakład poprawczy

□ specjalny ośrodek szkolno - wychowawczy

□ dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

□ dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

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

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

□ 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?)…………………………………………………………………………………

**2. Osoby wspierające osobę usamodzielnianą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Pokrewieństwo | Zakres oczekiwanej pomocy | Termin realizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Wykaz instytucji i/ lub organizacji, z którymi zamierzam podjąć współpracę:**

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

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

**Posiadane wykształcenie**: ……………………………………………………………………

**Obecnie kontynuuję naukę**:

□ TAK

nazwa szkoły, klasa/rok/semestr, termin ukończenia szkoły …………………………………...

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

□ NIE

**Zamierzam nadal kontynuować naukę**:

□ TAK

nazwa szkoły, planowy termin ukończenia szkoły/uczelni …………………………………......

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

□ NIE

**IV. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych**

**Posiadam uprawnienia zawodowe (kursy, szkolenia):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, rodzaj kwalifikacji** | **zdobyte uprawnienia** | **data otrzymania** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Planuję uzyskać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kursy, szkolenia):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, rodzaj kwalifikacji** | **rodzaj uprawnienia** | **termin realizacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego po uzyskaniu pełnoletności**

□ w szkole

□ rejestracja w Urzędzie Pracy

□ przez członka rodziny (rodzice biologiczni, rodzice zastępczy, dziadkowie, małżonek)

□ zasiłek stały z pomocy społecznej

□ renta socjalna

□ renta rodzinna

□ ubezpieczenie przez wójta/burmistrza/prezydenta

□ inne ………………………………………………

1. **Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej**

**Po uzyskaniu pełnoletności:**

□ Pozostanę w dotychczasowej rodzinie zastępczej/placówce, w terminie do ………………...

□ Opuszczę rodzinę zastępczą/ placówkę

**Po opuszczeniu** (rodziny zastępczej, placówki)………………………………………………...

zamierzam osiedlić się (miejscowość, gmina, powiat) ………………………………………………..

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

**Planowane miejsce zamieszkania:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ zamieszkam z rodziną biologiczną | termin ………………….. |
| □ pozostanę w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej | termin ………………….. |
| □ wynajmę pokój/mieszkanie | termin ………………….. |
| □ kupię mieszkanie | termin ………………….. |
| □ złożę wniosek o uzyskanie lokalu z zasobów gminy | termin ………………….. |
| **□** zamieszkam w mieszkaniu chronionym | termin ………………….. |
| □ inne ………………………………………………. | termin ………………….. |

1. **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych** (wypełniają tylko osoby, którym przysługuje pomoc na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej)

|  |  |
| --- | --- |
| Po opuszczeniu ……………………………………………………… oczekuję pomocy w: | |
| □ Uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym | termin ………………….. |
| □ Całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych  z wynajmem pokoju | termin ………………….. |
| □ Ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy | termin ………………….. |
| □ Umożliwieniu zamieszkania w bursie lub internacie do czasu ukończenia nauki | termin ………………….. |
| □ Całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych  z zakwaterowaniem w trakcie nauki w szkole wyższej | termin ………………….. |

**VIII. Podjęcie zatrudnienia**

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

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

1. **Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**

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

1. **Inne oczekiwane formy pomocy**

□ pomoc w uzyskaniu zatrudnienia

□ pomoc prawna

□ wsparcie psychologiczne

□ pomoc w kontaktach z instytucjami

□ pozyskiwanie informacji o możliwych formach wsparcia i instytucjach wspierających

□ modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia;

□ nawiązania kontaktów z rodziną

□ doradztwo zawodowe

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

podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

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

Zobowiązuję się do:

1. realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia zgodnie z jego założeniami;
2. aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielnienia w celu skutecznej realizacji programu usamodzielnienia;
3. przedkładania w PCPR w Wejherowie na początku każdego semestru zaświadczenia stwierdzającego kontynuowanie nauki;
4. dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem PCPR/MOPS/MOPR właściwego do udzielenia pomocy, oceny końcowej procesu usamodzielnienia.
5. informowania opiekuna usamodzielnienia oraz PCPR w Wejherowie o każdej zmianie sytuacji życiowej mającej wpływ na udzielaną pomoc, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
6. 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*