



Indywidualny Program Usamodzielnienia

sporządzony w dniu

I. Dane osoby usamodzielnianej:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Telefon/ e-mail:

Aktualny adres zamieszkania:

.....

Aktualne miejsce pobytu/forma pieczy zastępczej:

- rodzina zastępcza spokrewniona
- rodzina zastępcza niezawodowa, zawodowa, RDD
- placówka opiekuńczo – wychowawcza
- regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna
- 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.

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej/placówce/ośrodku:

.....

Data umieszczenia:

Po uzyskaniu pełnoletności:

- pozostanę w dotychczasowej rodzinie zastępczej/placówce/ośrodku w terminie do
- opuszczę rodzinę zastępczą/placówkę/ośrodek w terminie

Osoba z niepełnosprawnością: TAK stopień niepełnosprawności

NIE

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

1. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia

- współpracuje w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z rodziną,
- współpracuje w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z instytucjami publicznymi,
- współpracuje w zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych,
- współpracuje w zakresie podjęcia zatrudnienia,
- współpracuje w zakresie ustalenia uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego,
- inne (jakiej?)

2. Inne osoby wspierające osobę usamodzielnianą:

Imię i nazwisko	pokrewieństwo/relacja	Zakres oczekiwanej pomocy	Okres udzielania wsparcia

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

Nazwa instytucji/organizacji	Zakres współpracy lub oczekiwanej pomocy	Okres udzielania pomocy

III. Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej

1. Posiadane wykształcenie:

2. Obecnie kontynuuję naukę:

TAK

w szkole/na uczelni

nazwa szkoły

klasa/rok/semestr

termin ukończenia szkoły

u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego

imię i nazwisko pracodawcy/nazwa firmy

.....

termin ukończenia nauki

na kursie zawodowym

termin ukończenia kursu

NIE

3. Zamierzam nadal kontynuować naukę:

TAK

w szkole/na uczelni

nazwa szkoły

planowy termin ukończenia szkoły

u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego

imię i nazwisko pracodawcy/nazwa firmy

.....

planowy termin ukończenia nauki

na kursie zawodowym

planowy termin ukończenia kursu

NIE

IV. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych

1. Posiadam uprawnienia zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa kursu/szkolenia	zdobyte uprawnienia	data ukończenia

2. Planuję uzyskać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa kursu/szkolenia	rodzaj uprawnienia/ kwalifikacji	termin realizacji

V. Podjęcie zatrudnienia

1. Po opuszczeniu pieczy zastępczej/ośrodka/schroniska zamierzam:

- kontynuować zatrudnienie w zawodzie
u pracodawcy/w firmie
- podjąć zatrudnienie w zawodzie
w terminie
- samodzielnie poszukiwać pracy
- poszukiwać pracy za pośrednictwem Urzędu Pracy
- uzyskać uprawnienia do renty ze względu na niezdolność do pracy z powodów zdrowotnych w terminie
- inne

2. Oczekuję pomocy w uzyskaniu zatrudnienia tj:

- pomoc w sporządzeniu CV, listu motywacyjnego
- pomoc doradcy zawodowego
- uczestnictwo w szkoleniach i warsztatach w zakresie skutecznego poszukiwania zatrudnienia, założenia własnej działalności gospodarczej lub autoprezentacji
- inne

VI. Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej

1. Po opuszczeniu rodziny zastępczej/placówki/ośrodka/schroniska/DPS zamierzam

zamieszkać pod adresem:

.....

gmina/powiat:

termin realizacji

2. 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
- złożę wniosek o możliwość zamieszkania w mieszkaniu chronionym termin
- inne termin

3a. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych

(wypełniają **tylko** osoby, którym przysługuje pomoc na podstawie przepisów **ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**)

Po opuszczeniu oczekuję pomocy w:

- uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym termin
- ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy termin
- zapewnieniu konsultacji prawnej w zakresie spraw spadkowych lub podpisywania umów cywilno-prawnych na wynajem mieszkania termin
- uzyskaniu skierowania do całodobowej jednostki pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji termin
- inne termin

3b. 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

VII. Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

Po opuszczeniu pieczy zastępczej/ ośrodka/schroniska/DPS będą posiadać ubezpieczenie zdrowotne z tytułu:

- zatrudnienia
- prowadzenia gospodarstwa rolnego
- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej
- nauki w szkole/na uczelni
- rejestracji w Urzędzie Pracy
- ubezpieczenia przez członka rodziny (rodzice, dziadkowie, małżonek)
- otrzymywania zasiłku stałego z pomocy społecznej
- otrzymywania renty
- ubezpieczenia przez wójta/burmistrza/prezydenta
- ubezpieczenia dobrowolnego na podstawie wniosku złożonego w NFZ
- inne

VIII. 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*		

* można wybrać jedną z form pomocy

IX. Inne oczekiwane formy pomocy ze strony instytucji:

- pomoc prawna, w zakresie termin
-
- wsparcie psychologiczne termin
- pomoc w kontaktach z innymi instytucjami, w zakresie termin
-
- modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia
- inne termin
-

.....
podpis osoby usamodzielnianej

.....
podpis opiekuna usamodzielnienia

DEKLARACJA I ZOBOWIĄZANIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ:

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 potwierdzającego kontynuowanie nauki;
4. dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem/dyrektorem PCPR/MOPS/MOPR właściwego do udzielenia pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie, oceny końcowej procesu usamodzielnienia.
5. informowania opiekuna usamodzielnienia oraz PCPR w Wejherowie o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w szczególności o zmianie szkoły oraz 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.

.....
data i podpis osoby usamodzielnianej

ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym w dniu

.....
podpis osoby sprawdzającej

Zatwierdzam niniejszy program do realizacji

.....
data i podpis Dyrektora