

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA  
WYCHOWANKA/KI RODZINY ZASTĘPCZEJ/PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-  
WYCHOWAWCZEJ**

**CZĘŚĆ INFORMACYJNA**

**I. Dane osoby usamodzielnianej:**

Imię nazwisko wychowanka/ki .....

Imiona rodziców .....

Data i miejsce urodzenia .....

Seria i nr dowodu osobistego .....

Nr PESEL .....

Obecne miejsce pobytu .....

Adres stałego zameldowania .....

**II. Dokładne miejsce pobytu przed umieszczeniem w pieczy zastępczej** (wychowanek/ka określa swoje miejsce pobytu , w którym zamieszkiwał/ła przed umieszczeniem w pieczy zastępczej)

.....

**III. Powiat usamodzielnienia**.....

**IV. Nazwa i adres szkoły, do której uczęszcza pełnoletni/a wychowanek/ka rodziny zastępczej/ placówki opiekuńczo-wychowawczej:**

.....

.....

**V. Dane o rodzinie biologicznej:**

Matka biologiczna:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

.....

Rodzaj kontaktów z rodzicem i możliwość uzyskania wsparcia:

.....

Ojciec biologiczny:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

.....

Rodzaj kontaktów z rodzicem i możliwość uzyskania wsparcia:

.....

**VI. Dane dotyczące rodziny zastępczej** (wypełniamy w przypadku rodziny zastępczej):

Rodzina zastępcza: .....  
Stopień pokrewieństwa: .....  
Miejsce zamieszkania: .....  
Data umieszczenia wychowanka/ki: .....  
Podstawa umieszczenia ..... sygn. akt. ....  
Data postanowienia .....Sąd Rejonowy .....  
Wydz. ....

**VII. Dane dotyczące placówki opiekuńczo-wychowawczej** (wypełniamy w przypadku placówki opiekuńczo-wychowawczej):

Nazwa: .....  
Adres:.....  
Data umieszczenia wychowanka/ki: .....  
Podstawa umieszczenia ..... sygn. akt. ....  
Data postanowienia .....Sąd Rejonowy .....  
Wydz. ....

**VIII. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej usamodzielniającemu wychowankowi/ce przez rodzinę zastępczą/ placówkę opiekuńczo-wychowawczą:**

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

Mińsk Mazowiecki, dnia .....

.....  
(podpis opiekuna)

.....  
(podpis wychowanka/ki)

# Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej Powiatu Mińskiego

Druk ORPZ.07.2017

## IX. Zadania i środki realizacji:

.....  
(imię, nazwisko wychowanka/ki)

L.p.	Wyszczególnienie zadań i środków realizacji	Zadania	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna (opiekun wychowanka/ki)	Uwagi o realizacji
1.	Kontynuowanie nauki				
2.	Świadczenia zdrowotne				
3.	Podjęcie zatrudnienia				
4.	Sprawy mieszkaniowe				
5.	Poradnictwo				

## Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej Powiatu Mińskiego

Druk ORPZ.07.2017

6.	Pomoc na usamodzielnienie				
7.	Pomoc na zagospodarowanie				

Mińsk Mazowiecki, dnia.....

**W opracowaniu programu uczestniczyli i zaakceptowali:**

.....  
Czytelny podpis wychowanka/ki

.....  
Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia

.....  
Pracownik PCPR/ Pracownik Placówki

Zobowiązuje się do współpracy w zakresie realizacji postanowień zawartych w programie usamodzielnienia.

.....  
(podpis wychowanka/ki)

Program został zatwierdzony przez:

.....  
(podpis Dyrektora PCPR)