

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

I. Informacje o wychowanku:

1. Imię i nazwisko wychowanka/ki:

2. Data urodzenia:

3. Aktualny adres korespondencyjny/nr telefonu/e-mail:

4. Przed umieszczeniem w placówce/rodzinie zastępczej zamieszkiwałam(em):

miejsowość ulica nr domu i mieszkania

gmina powiat

5. W trakcie procesu usamodzielniania planuję zamieszkać:

miejsowość ulica nr domu i mieszkania

gmina powiat

6. Aktualnie kontynuuję naukę w:

.....

7. Posiadam następujące kwalifikacje, ukończone kursy:

.....

8. Posiadam/nie posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności:

.....

9. Posiadam/nie posiadam świadczenia finansowe z MOPS, ZUS, PFRON, KRUS:

a) renta rodzinna z dodatkiem dla sierot zupełnych:

b) renta rodzinna bez dodatku dla sierot zupełnych:

c) renta socjalna:

d) alimenty:

e) zasiłek pielęgnacyjny:

f) stypendium:

g) dochód z majątku:

h) inne

10. Planowany termin usamodzielnienia:

11. Opiekun usamodzielnienia:

Imię i nazwisko:

Adres / telefon:.....

II. Dane dotyczące placówki / rodziny zastępczej:

1. 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.

2. 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.

IV. Dane dotyczące rodziny naturalnej i środowiska:

1. Matka :

a) imię i nazwisko:

b) adres zamieszkania: miejscowość..... ulica nr domu/mieszkania

gmina..... powiat

c) zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez matkę po opuszczeniu placówki/rodziny zastępczej:

.....
.....

2. Ojciec:

a) imię i nazwisko.....

b) adres zamieszkania: miejscowość..... ulica nr domu/mieszkania

gmina..... powiat

c) zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez ojca po opuszczeniu placówki/rodziny zastępczej:

.....
.....

3.Utrzymywane kontakty z rodziną (dziadkowie, rodzeństwo, ewentualnie inni członkowie rodziny lub rodzina zaprzyjaźniona):

.....
.....

4.Osoby i instytucje wspierające wychowanka (w tym gmina):

.....

.....
5. Ocena możliwości powrotu do środowiska naturalnego:
.....

.....
6. Zagrożenia ze strony środowiska:
.....
.....

V. Indywidualny Program Usamodzielnienia dla.....

CEL GŁÓWNY: Uzyskanie samodzielności życiowej

L.p.	Cele szczegółowe	Perspektywy	Działania do podjęcia	Przybliżony termin Realizacji/osoba odpowiedzialna
	Planowane kontynuowanie nauki	1. szkoła ponadpodstawowa: <input type="checkbox"/> branżowa szkoła zawodowa; <input type="checkbox"/> technikum; <input type="checkbox"/> liceum: 2. studia wyższe: <input type="checkbox"/> licencjat, <input type="checkbox"/> magisterskie; <input type="checkbox"/> studia podyplomowe; 3. inne (np. kursy)..... 4. Przedkładanie zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki

	<p>Zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych</p>	<p><input type="checkbox"/> powrót do domu rodzinnego; <input type="checkbox"/> pozostanie w rodzinie zastępczej/RDD <input type="checkbox"/> mieszkanie socjalne; <input type="checkbox"/> wynajem mieszkania <input type="checkbox"/> bursa, internat, akademik; <input type="checkbox"/> kupno własnego mieszkania; <input type="checkbox"/> inne.....</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>
	<p>Podjęcie zatrudnienia</p>	<p><input type="checkbox"/> prowadzenie działalności gospodarczej; <input type="checkbox"/> praca dorywcza; <input type="checkbox"/> praca na umowę(o dzieło, zlecenie, o pracę); <input type="checkbox"/> staż; <input type="checkbox"/> samodzielne poszukiwanie pracy; ogłoszenia <input type="checkbox"/> rejestracja w PUP <input type="checkbox"/> inne.....</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>
	<p>Uzyskanie uprawnień do świadczeń zdrowotnych</p>	<p><input type="checkbox"/> ubezpieczenie szkolne <input type="checkbox"/> rejestracja w UP <input type="checkbox"/> ubezpieczenie przy umowie o pracę <input type="checkbox"/> ubezpieczenie przy rencie rodzinnej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie przy rodzicu zastępczym <input type="checkbox"/> ubezpieczenie przy rodzicu biologicznym <input type="checkbox"/> inne:.....</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>
	<p>Wskazanie przychodni i wybór lekarza podstawowej opieki rodzinnej</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>

	Inne oczekiwane formy wsparcia i pomocy	<input type="checkbox"/> poradnictwo i praca socjalna <input type="checkbox"/> współpraca z koordynatorem <input type="checkbox"/> inne:.....
--	--	---	--	--

VI. Warunki uzyskania pomocy

L.p.	Forma pomocy i przeznaczenie	Sposób zaspokajania potrzeby	Terminy realizacji oraz wysokość świadczenia
	Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki	<ul style="list-style-type: none"> ✓ podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez naukę w szkołach wyższego stopnia; ✓ złożenie wniosku do PCPR w Mińsku Mazowieckim, ✓ <u>przedkładania na początku każdego semestru zaświadczenia szkolnego potwierdzającego naukę na kolejnym semestrze;</u> ✓ przedkładania na żądanie zaświadczenia potwierdzającego obecność na zajęciach lekcyjnych; ✓ informowanie pracownika socjalnego PCPR o każdej zmianie związanej z tokiem nauki, jej zawieszeniem, przerwaniem.
	Pomoc pieniężna na Usamodzielnienie Przeznaczona na zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby, a w szczególności na: polepszenie warunków mieszkaniowych: stworzenie warunków do	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ścisła współpraca z pracownikiem socjalnym PCPR w zakresie przyznania i realizacji pomocy na usamodzielnienie; ✓ złożenie wniosku do PCPR w Mińsku Mazowieckim ✓ wykorzystanie uzyskanej pomocy zgodnie z założonym celem; 	Pomoc pieniężna na usamodzielnienie, zgodnie z art. 149 ust.3 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r. osobie kontynuującej naukę wypłacana jest po jej ukończeniu

	działalności zarobkowej w tym podniesienie kwalifikacji zawodowych; pokrycie dodatkowych wydatków związanych z nauką.		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	Pomoc rzeczowa na zagospodarowanie, w szczególności na: materiały niezbędne do wyposażenia i remontu mieszkania; niezbędne urządzenia domowe; pomoce naukowe; sprzęt rehabilitacyjny; sprzęt służący do podjęcia zatrudnienia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ścisła współpraca z pracownikiem socjalnym w zakresie realizacji pomocy, ✓ złożenie wniosku do PCPR w Mińsku Mazowieckim z określeniem celowości i kosztorysem, ✓ przedłożenie faktur imiennych 	

VII. Zobowiązanie osoby usamodzielnianej:

1. Osoba usamodzielniana jest odpowiedzialna za realizację Indywidualnego Programu Usamodzielnienia
2. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Opiekunem Usamodzielnienia, koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej oraz pracownikiem socjalnym.
3. Zobowiązuję się do realizowania poszczególnych działań zaplanowanych w ramach IPU w wyznaczonych terminach.
4. stawiania się na wyznaczane spotkania i wezwania opiekuna usamodzielnienia, koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej, pracownika socjalnego w celu omówienia przebiegu i realizacji programu usamodzielnienia.
5. Informowania organu udzielającego pomocy o każdorazowej zmianie swojej sytuacji materialnej i życiowej, w tym w szczególności o przerwaniu nauki.

VIII. Pouczenie

W razie wystąpienia usprawiedliwionych okoliczności uniemożliwiających realizację indywidualnego programu usamodzielnienia, pomoc może zostać zawieszona, na wniosek osoby zainteresowanej, na czas określony, jednak nie dłużej niż na rok.

W razie wystąpienia nieusprawiedliwionych okoliczności w realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia może nastąpić odmowa przyznania świadczenia, uchylenie decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzymanie świadczeń pieniężnych.

Ja, niżej podpisany/podpisana zobowiązuję się do współpracy w zakresie realizacji postanowień zawartych w programie usamodzielnienia.

Mińsk Mazowiecki, dnia.....

.....
(podpis wychowanka/ki)

W opracowaniu programu uczestniczyli i zaakceptowali:

.....
Czytelny podpis wychowanka/ki

.....
Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Pracownik PCPR

Zatwierdzam/nie zatwierdzam przedłożony Indywidualny Program Usamodzielnienia:

(podpis Dyrektora PCPR)

Indywidualny Program Usamodzielnienia został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.