# *INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ*

**sporządzony dnia** ……..

**<u>Część I:</u>**

**I. Dane osoby usamodzielnianej:**

Imię i nazwisko:

……

Data i miejsce urodzenia: Telefon:

…… ……

Adres zamieszkania:

……

Adres zameldowania na pobyt stały:

……

Ostatnie miejsce pobytu przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:

……

Planowane miejsce osiedlenia się po opuszczeniu rodzinnej pieczy zastępczej:

……

**II. Informacja o miejscach pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej:**

**A.** Imię, nazwisko oraz adres rodziny zastępczej lub nazwa i adres placówki, w której osoba usamodzielniana przebywała bezpośrednio przed rozpoczęciem procesu usamodzielnienia zgodnie z art. 141 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zwanej dalej ustawą:

…… stopień pokrew.……

adres…… tel……

**B.** Podstawa umieszczenia:

Postanowienie Sądu Rejonowego w …… z dnia ……, sygn. akt……

**C.** Data faktycznego umieszczenia w rodzinnej pieczy zastępczej: ……

**D.** Czy osoba usamodzielniana przebywała w innych rodzinach zastępczych lub placówkach? Nie Tak

Jeśli tak, to w jakich i w jakich okresach :

1)……

2)……

**III. Dane rodziców biologicznych osoby usamodzielnianej**

**<u>A. Matka biologiczna:</u>** ……

adres zamieszkania ……

Kontakty osoby usamodzielnianej z rodzicem

……

**<u>B. Ojciec biologiczny:</u>**……

adres zamieszkania ……

Kontakty osoby usamodzielnianej z rodzicem

……

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

Proszę podać osoby, na których wsparcie może Pan/ Pani liczyć i w jakim zakresie:

| Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Pokrewieństwo | Zakres pomocy |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**V. Wykształcenie osoby usamodzielnianej - plan kontynuowania nauki**

A. Posiadane wykształcenie……...

B. Czy osoba usamodzielniana kontynuuje obecnie naukę ? Nie Tak

Jeśli Tak to podać nazwę i adres szkoły, rok / semestr, jaki system dzienny/wieczorowy/zaoczny :

……..……..

……..

D. Czy osoba usamodzielniana zamierza nadal kontynuować naukę? Nie Tak

Jeśli tak to podać w jakiej szkole/uczelni i od kiedy oraz jakim systemem: dzienny/wieczorowy/zaoczny:

……..……..

……

**VI. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych i podjęcie zatrudnienia:**

A. Posiadane kwalifikacje zawodowe ( kursy, szkolenia):

| **Nazwa, rodzaj (dokształcające, kwalifikacyjne)** | **Zdobyte uprawnienia** | **Data otrzymania** |
|---|---|---|
| | | |

B. Czy osoba usamodzielniana zamierza rozpocząć kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe ? Nie Tak

Czy osoba usamodzielniana ma sprecyzowane plany dotyczące rodzaju podejmowanych kursów? Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać jakie:

…….

……

C. Czy osoba usamodzielniana pracuje ? Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać rodzaj i miejsce zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, praca dorywcza, przyuczenie do zawodu-praktyka itp.)

……

**VII. Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego**

Czy osoba usamodzielniana posiada ubezpieczona zdrowotnie ? Nie Tak

Jeśli tak to z jakiego tytułu ……

**VIII. Sytuacja zdrowotna**

A. Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ? Nie Tak

Jeśli Tak, to na jaki okres zostało wydane: od…… do……..

B. Czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie ? Nie Tak

Jeśli Tak, to podać:

| Nazwa ośrodka, przychodni, szpitala, adres | Specjalista (imię, nazwisko, rodzaj specjalizacji np. psycholog, dermatolog itd.) | Przyczyna leczenia, schorzenie | Zalecenia |
|---|---|---|---|
| | | | |

**IX. Warunki mieszkaniowe**

A. Sytuacja mieszkaniowa osoby usamodzielnianej po opuszczeniu rodziny zastępczej lub placówki:

- zamieszkanie z rodziną zastępczą,
- zamieszkanie z rodziną biologiczną,
- wynajem pokoju,
- bursa, internat, dom akademicki,
- inne……..

B. Czy osoba usamodzielniana planuje złożenie wniosku do Wydziału Lokalowego Urzędu Miasta ? Nie Tak

Jeśli Tak, to kiedy ……., jakiego……

**X. Karalność:**

**A.** Czy osoba usamodzielniana zastała skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe? Nie Tak

Jeśli tak, to kiedy, na jaki okres i przez jaki Sąd ……..

……..

**XI. Pomoc w uzyskaniu świadczeń**

**A.** Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki ? Nie Tak

Jeżeli tak to od kiedy: ……..

**B.** Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych? Nie Tak

Jeżeli tak to od kiedy, w jakiej formie:……

**C.** Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy na zagospodarowanie? Nie Tak

Jeżeli tak to kiedy: ……

**D.** Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy na usamodzielnienie? Nie Tak

Jeżeli tak to kiedy: ……..

**E.** Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu zatrudnienia? Nie Tak

Jeżeli tak to kiedy: ……..

**F.** Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy prawnej i psychologicznej? Nie Tak

Jeżeli tak to kiedy: ……..

**Część II** (*wypełnia opiekun programu usamodzielnienia lub organizator/koordynator rodzinnej pieczy zastępczej*)

**I. Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej i ustalone w związku z tą sytuacją cele:**

**1. Diagnoza sytuacji osoby usamodzielnianej, aktualna sytuacja:**

……

……

**2. Cel główny:**

***Życiowe usamodzielnienie poprzez uzyskanie stosownego wykształcenia i kwalifikacji zawodowych oraz zapewnienie stabilnej sytuacji finansowej i mieszkaniowej.***

**3. Planowany termin usamodzielnienia: .....**(podać przybliżoną datę)

**4. Plan podejmowanych działań:**

**Działanie pierwsze:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cel: | | | |
| Zadanie: | | | |
| Termin realizacji: | | | |
| Osoba odpowiedzialna | | Osoba wspierająca: | |
| Przewidywane efekty: | | | |

**Działanie drugie:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cel: | | | |
| Zadanie: | | | |
| Termin realizacji: | | | |
| Osoba odpowiedzialna | | Osoba wspierająca: | |
| Przewidywane efekty: | | | |

**Działanie trzecie:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cel: | | | |
| Zadanie: | | | |
| Termin realizacji: | | | |
| Osoba odpowiedzialna | | Osoba wspierająca: | |
| Przewidywane efekty: | | | |

**5.** Indywidualny program usamodzielnienia został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**II. Deklaracja i zobowiązania:**

1. Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku.

2. Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielnienia w celu skuteczniej realizacji programu usamodzielnienia.

3. Zobowiązuje się do dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie właściwego do udzielenia pomocy oceny końcowej procesu usamodzielnienia.

4. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.

5. Zapoznałem się z Informacjami dla osoby usamodzielnianej.

.....
Podpis osoby usamodzielnianej

.....
Podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Podpis osoby sporządzającej plan

**Zatwierdzam powyższy program usamodzielnienia.**

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR