INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA MŁODZIEŻOWEGO OŚRODKA WYCHOWAWCZEGO

sporządzony dnia ……..

Część I:

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 placówce:

……

Planowane miejsce osiedlenia się po opuszczeniu placówki:

……

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

A. Adres zamieszkania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej lub placówce, o której mowa w art. 88 pkt. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, zwanej dalej ustawą:

……

……

B. Podstawa umieszczenia:

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

C. Data faktycznego umieszczenia w 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

A. Matka biologiczna: ……

adres zamieszkania ……

Kontakty osoby usamodzielnianej z rodzicem

……

B. Ojciec biologiczny: ……

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 placówki:

- 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: ……..

<u>Część II</u> (*wypełnia opiekun programu usamodzielnienia*)

<u>I. Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej i ustalone w związku z tą sytuacją cele:</u>

1. Diagnoza sytuacji osoby usamodzielnianej, aktualna sytuacja:

……

……

……

……

……

2. Możliwości osoby pozwalające na właściwą realizację procesu usamodzielnienia

(wypełnia opiekun usamodzielnienia)

- ……
- ……
- ……

3. Ograniczenia osoby lub bariery w środowisku powodujące utrudnienia w realizacji procesu usamodzielnienia *(wypełnia opiekun usamodzielnienia)*

- ……
- ……
- ……

4. Cel główny:

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

5. Planowany termin usamodzielnienia: …… (podać przybliżoną datę)

6. 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:			

7. 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.
6. Deklaruję, że pomoc pieniężna na usamodzielnienie będzie przeznaczona na zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby , w szczególności na:
   - polepszenie warunków mieszkaniowych,
   - stworzenie warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienie kwalifikacji zawodowych,
   - pokrycie wydatków związanych z nauką osoby usamodzielnianej, innych niż wydatki, o których mowa w art. 88 ust.1 pkt.2 ustawy.

....

Podpis osoby usamodzielnianej Podpis opiekuna usamodzielnienia

.....

Podpis osoby sporządzającej plan

Zatwierdzam powyższy program usamodzielnienia.

.....

Data i podpis Dyrektora PCPR

III. Informacje dla osoby usamodzielnianej (integralna część indywidualnego programu usamodzielnienia)

Zgodnie z art. 88 ust. 1 pkt. 1 ustawy, osoba, która osiągnęła pełnoletniość w rodzinie zastępczej oraz osoba pełnoletnia opuszczająca placówkę opiekuńczo – wychowawczą typu rodzinnego i socjalizacyjnego, dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno – wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę i młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zwana dalej „osobą usamodzielnianą" zostaje objęta pomocą mającą na celu jej życiowe usamodzielnienie i integrację ze środowiskiem przez pracę socjalną , a także pomocą:

1) pieniężną na usamodzielnienie,
2) pieniężną na kontynuowanie nauki,
3) w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym,
4) w uzyskaniu zatrudnienia,
5) na zagospodarowanie – w formie rzeczowej.

Zgodnie z art. 109 ustawy, osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń.

Zgodnie z art. 6 pkt. 16 ustawy, świadczenie nienależnie pobrane to świadczenie uzyskane na podstawie przedstawionych nieprawdziwych informacji lub nie poinformowania o zmianie sytuacji materialnej lub osobistej.

Zgodnie z art. 98 ustawy, świadczenia nienależnie pobrane podlegają zwrotowi od osoby lub rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej, niezależnie od dochodu rodziny.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy, brak współdziałania osoby lub rodziny z pracownikiem socjalnym w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej, odmowa zawarcia kontraktu socjalnego, niedotrzymanie jego postanowień, nieuzasadniona odmowa podjęcia pracy przez osobę bezrobotną lub nieuzasadniona odmowa podjęcia leczenia odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego przez osobę uzależnioną, mogą stanowić podstawę do odmowy przyznania świadczenia, uchylenia decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.

……..

Data i podpis osoby usamodzielnianej