INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA INSTYTUCJONALNEJ 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 instytucjonalnej pieczy zastępczej:

……..

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

A. 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:

……

adres…… tel……

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

<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 pomoc/wsparcie może Pan/ Pani liczyć i w jakim zakresie:

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Pokrewieństwo	Zakres pomocy/wsparcia

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 ubezpieczenie zdrowotne ? **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: ……..

Część II

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

1. Diagnoza sytuacji osoby usamodzielnianej, aktualna sytuacja (*wypełnia opiekun programu usamodzielnienia lub opiekun placówki*) :

……

……

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