

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

(opracowuje osoba usamodzielniana wspólnie z opiekunem usamodzielnienia oraz z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej/pracownikiem socjalnym współpracującym z rodziną zastępczą, lub placówką opiekuńczo-wychowawczą)

Część informacyjna

I. Informacje o osobie usamodzielnianej

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Telefon/e-mail:	
Orzeczenie o niepełnosprawności:	
Stopień niepełnosprawności:	
Adres zamieszkania:	
Adres zameldowania na pobyt stały:	
Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu pieczy zastępczej:	
Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:	

II. Dane opiekuna usamodzielnienia

Imię i nazwisko:	
Nr telefonu:	
Adres email:	
Adres zamieszkania:	

Stopień pokrewieństwa:	
Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:	

III. Dane ewidencyjne

Data sporządzania indywidualnego programu:	
Dane adresowe powiatu właściwego do udzielenia pomocy na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie <i>(powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby przed umieszczeniem w pieczy zastępczej):</i>	
Dane adresowe powiatu właściwego do udzielenia pomocy na zagospodarowanie <i>(powiat właściwy ze względu na miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej):</i>	
Gmina, w której osoba usamodzielniana zamierza się osiedlić:	

IV. Czy osoba usamodzielniana po osiągnięciu pełnoletności pozostaje w pieczy zastępczej:

Tak Nie

V. Informacja o miejscach pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej

Dane rodziny zastępczej/placówki, w której osoba usamodzielniana uzyskała pełnoletność:	
Adres:	
Data umieszczenia:	
Postanowienie Sądu Rejonowego:	

POBYT W PIECZY ZASTĘPCZEJ

Rodzaj opieki:	Okres przebywania	
	od:	do:
1. Rodzina zastępcza:		
a) spokrewniona		
b) niezawodowa		
c) zawodowa: w tym: pogotowie rodzinne, rodziny specjalistyczne		
d) rodzinny dom dziecka		
2. Placówka opiekuńczo-wychowawcza:		
a) interwencyjna		
b) rodzinna		
c) socjalizacyjna		
d) specjalistyczno-terapeutyczna		
3. Dom pomocy społecznej		
4. Dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży		
5. Zakład poprawczy		
6. Schronisko dla nieletnich		
7. Młodzieżowy ośrodek wychowawczy		
8. Specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy		
9. Specjalny ośrodek wychowawczy		
10. Młodzieżowy ośrodek socjoterapii		
11. Regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna		
Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej:		

VI. Karalność

Czy osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe	TAK/NIE
--	---------

VII. Dane dotyczące rodziny naturalnej

Matka

Imię i nazwisko:	
------------------	--

Adres miejsca zamieszkania:	
Kontakt (tel., e-mail):	
Sytuacja rodzinna:	
Warunki materialne:	
Warunki mieszkaniowe:	
Sytuacja zdrowotna:	
Rodzaj kontaktów z matką:	
Możliwość ewentualnej pomocy i wsparcia ze strony matki:	

Ojciec

Imię i nazwisko:	
Adres miejsca zamieszkania:	
Kontakt (tel., e-mail):	
Sytuacja rodzinna:	
Warunki materialne:	
Warunki mieszkaniowe:	
Sytuacja zdrowotna:	

Rodzaj kontaktów z matką:	
Możliwość ewentualnej pomocy i wsparcia ze strony matki:	

Rodzeństwo

Imię i nazwisko, wiek:	
Adres miejsca zamieszkania:	
Rodzaj kontaktów z rodzeństwem:	
Kontakt (tel., e-mail):	
Możliwość ewentualnej pomocy i wsparcia:	

Imię i nazwisko, wiek:	
Adres miejsca zamieszkania:	
Rodzaj kontaktów z rodzeństwem:	
Kontakt (tel., e-mail):	
Możliwość ewentualnej pomocy i wsparcia:	

Imię i nazwisko, wiek:	
Adres miejsca zamieszkania:	

Rodzaj kontaktów z rodzeństwem:	
Kontakt (tel., e-mail):	
Możliwość ewentualnej pomocy i wsparcia:	

Osoby wspierające osobę usamodzielnianą

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania:
Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:	Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania:
Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:	Zakres i rodzaj oferowanej pomocy:

Część – programowa

Możliwości osoby usamodzielnianej pozwalające na właściwą realizację procesu usamodzielnienia:
--

Ograniczenia osoby usamodzielnianej lub bariery w środowisku powodujące utrudnienia w realizacji procesu usamodzielnienia:
<p>Cel główny:</p> <p>Życiowe usamodzielnienie poprzez uzyskanie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych oraz zapewnienie stabilnej sytuacji finansowej i mieszkaniowej.</p>

Ważne

uzyskanie świadczeń na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie, zagospodarowanie nie jest celem Indywidualnego Programu Usamodzielnienia

Obszar	I. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia		
Działania	Sposób i forma realizacji:		
Obszar	II. Proces kształcenia i uzyskania kwalifikacji zawodowych		
Aktualna sytuacja	Dotychczas ukończone szkoły (kursy) i posiadane kwalifikacje:		
	Nazwa szkoły/kursu	Uzyskane wykształcenie/zawód	Data ukończenia
	Szkoły, do której osoba usamodzielniana uczęszcza obecnie:		
	Nazwa i adres szkoły, klasa	Planowany termin ukończenia	

Inne informacje o przebiegu nauki:		
<p>Opóźnienia w karierze szkolnej:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Opinie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Zmiany szkoły:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Cel	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>1. Gdzie usamodzielniany chciałby się uczyć po ukończeniu obecnej szkoły:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. Termin realizacji:</p> <p>od..... do.....</p> <p>3. Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ocena wstępna:</p>	

	<p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Działania	<p>Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)</p>
Obszar	III. Sytuacja materialna
Aktualna sytuacja	<p>Posiadane dochody:</p> <p>Pensja:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Alimenty:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Renta rodzinna:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Zasiłek pielęgnacyjny:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne, majątek:</p>

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Czy osoba usamodzielniana może liczyć na pomoc materialną rodziców lub innych członków rodziny? Jeśli tak, to jaka jest to pomoc i przez kogo oferowana:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Cel</p>	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>Z czego wychowanek planuje się utrzymywać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ocena wstępna:</p> <p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Działania</p>	<p>Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)</p>

Obszar	IV. Aktywność zawodowa	
Aktualna sytuacja	Aktualne miejsce zatrudnienia:	
	Stanowisko:	
	Rodzaj umowy: umowa o pracę, umowa zlecenia, praca dorywcza, przyuczenie do zawodu, praktyka, staż	
	Wymiar i godziny pracy:	
Cel	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>Na jakim stanowisku wychowanek chciałby podjąć pracę:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ocena wstępna:</p> <p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p>	

	<p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
Działania	Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)																		
	<p><i>/zaznacz działania, które planujesz podjąć/</i></p> <p>zarejestrowanie się w PUP w, od kiedy?.....</p> <p>poszukiwanie pracy na otwartym rynku pracy, od kiedy?</p> <p>przeglądanie ofert pracy m.in. w internecie, udział w Targach Pracy itd. od kiedy?</p> <p>skorzystanie z usług doradcy zawodowego, kiedy?</p>																		
Obszar	V. Sytuacja mieszkaniowa																		
Aktualna sytuacja	<p>Gdzie zamieszkuje (adres, z kim, kto jest właścicielem mieszkania, podstawa zajmowania lokalu):</p> <p>Aktualne warunki mieszkaniowe:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Czy osoba usamodzielniana dysponuje swoim mieszkaniem (podstawa do prawa do zajmowania lokalu, forma własności, zadłużenie, stan mieszkania):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Czy osoba usamodzielniana ma możliwość zamieszkania:</p>																		
	<table border="1"> <tr> <td>w mieszkaniu rodziców</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>w mieszkaniu dziadków</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>u krewnych</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>w wynajętym mieszkaniu/ pokoju</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> <td></td> </tr> </table>	w mieszkaniu rodziców	Tak	Nie		w mieszkaniu dziadków	Tak	Nie		u krewnych	Tak	Nie		w wynajętym mieszkaniu/ pokoju	Tak	Nie			
w mieszkaniu rodziców	Tak	Nie																	
w mieszkaniu dziadków	Tak	Nie																	
u krewnych	Tak	Nie																	
w wynajętym mieszkaniu/ pokoju	Tak	Nie																	

	<table border="1"> <tr> <td>w mieszkaniu chronionym</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> </tr> <tr> <td>w domu studenckim/ internacie</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> </tr> <tr> <td>w „inkubatorze”</td> <td>Tak</td> <td>Nie</td> </tr> </table>	w mieszkaniu chronionym	Tak	Nie	w domu studenckim/ internacie	Tak	Nie	w „inkubatorze”	Tak	Nie
w mieszkaniu chronionym	Tak	Nie								
w domu studenckim/ internacie	Tak	Nie								
w „inkubatorze”	Tak	Nie								
	<p>Inne:</p> <p>.....</p>									
Cel	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>Gdzie wychowanek zamierza mieszkać docelowo (zakup mieszkania, wynajem mieszkania/ stancji, mieszkanie z zasobów gminy, bursa, internat, chronione, samodzielnie, z rodziną:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ocena wstępna:</p> <p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									

Działania	Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)	
Obszar	VI. Ochrona zdrowia	
Aktualna sytuacja	Czy występują problemy zdrowotne?	
	Jeśli tak, to jakie i czy osoba usamodzielniana pozostaje pod opieką lekarską?	
	Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <i>(jeśli tak, stopień, organ wydający, przyczyna niepełnosprawności, okres ważności)?</i>	
	Czy osoba usamodzielniana jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym?	
	Inne istotne informacje związane z sytuacją zdrowotną osoby usamodzielnianej	
Cel	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>Co wychowanek uważa, że powinien zrobić, aby zadbać o swoje zdrowie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

	<p>Ocena wstępna:</p> <p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka, umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Działania	<p>Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)</p> <p><i>/zaznacz działania, które planujesz podjąć/</i></p> <p>uzyskanie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, z jakiego tytułu ?.....</p> <p>.....</p> <p>wybór przychodni i lekarza rodzinnego, adres przychodni</p> <p>.....</p> <p>kontynuowanie leczenia, u jakiego specjalisty? Gdzie ?.....</p> <p>.....</p> <p>inne</p> <p>.....</p>
Obszar	VII. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń
Działania	<p>Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić)</p> <p>.....</p>
Obszar	VIII. Rozwój samodzielności
Aktualna sytuacja	

Cel	<p data-bbox="323 255 855 286">Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p data-bbox="323 342 1182 374">Co wychowanek uważa, że powinien zrobić, aby stać się samodzielnym:</p> <p data-bbox="323 461 1437 524">.....</p> <p data-bbox="323 553 635 584">Możliwości wychowanka:</p> <p data-bbox="323 672 1437 734">.....</p> <p data-bbox="323 768 691 799">Propozycje pracownika PCPR:</p> <p data-bbox="323 887 1437 949">.....</p> <p data-bbox="323 978 794 1010">Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p data-bbox="323 1097 1437 1160">.....</p> <p data-bbox="323 1180 512 1211">Ocena wstępna:</p> <p data-bbox="323 1232 738 1263">Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p data-bbox="323 1350 1437 1413">.....</p> <p data-bbox="323 1447 1209 1478">Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p data-bbox="323 1520 1437 1583">.....</p> <p data-bbox="323 1612 1182 1644">Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p data-bbox="323 1686 1437 1749">.....</p> <p data-bbox="323 1780 628 1812">Motywacja wychowanka:</p> <p data-bbox="323 1899 1437 1962">.....</p>
Działania	Sposób i forma realizacji (podejmowane działania, co należy zrobić, osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające)

Obszar	IX. Inne
Aktualna sytuacja	
Cel	<p>Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:</p> <p>Co wychowanek chciałby osiągnąć:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje pracownika PCPR:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Propozycje opiekuna usamodzielnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ocena wstępna:</p> <p>Trudności, które należy rozwiązać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Możliwości wychowanka umożliwiające przeciwstawienie się problemom:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Motywacja wychowanka:</p>

.....					
.....					
Działania	Sposób i forma realizacji <i>(podejmowane działania, co należy zrobić)</i>	Osoby odpowiedzialne oraz osoby i instytucje wspomagające	Wskaźnik realizacji działania	Całkowity koszt realizacji działania	Terminy realizacji <i>(lub częstotliwość podejmowanych działań)</i>

Cześć – proponowane formy pomocy

Rodzaj pomocy:	Kiedy i w jakiej formie:
Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych	<input type="checkbox"/> pomoc w uzyskaniu miejsca w „inkubatorze” termin _____ <input type="checkbox"/> pomoc w uzyskaniu skierowania do całodobowej jednostki pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji termin _____ <input type="checkbox"/> inne
Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia	<input type="checkbox"/> pomoc doradcy zawodowego termin _____ <input type="checkbox"/> uczestnictwo w zajęciach indywidualnych/grupowych - warsztatów umiejętności społecznych (pomoc w sporządzeniu CV, listu motywacyjnego, poznanie zakresu możliwości i sposobu załatwiania spraw w banku, PUP, ZUS, US itp.) termin _____ <input type="checkbox"/> uczestnictwo w zajęciach wsparcia osób usamodzielnianych termin _____

	<input type="checkbox"/> inne
Pomoc prawna	<input type="checkbox"/> pomoc w zapewnieniu konsultacji prawnej w zakresie spraw spadkowych termin _____ <input type="checkbox"/> pomoc w podpisywaniu umów cywilno-prawnych na wynajem mieszkania termin _____ <input type="checkbox"/> inne
Pomoc psychologiczna	

Rodzaj pomocy	Termin składania wniosku	Przeznaczenie pomocy
Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki		
Pomoc pieniężna na usamodzielnienie		
Pomoc pieniężna na zagospodarowanie		

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

Obowiązki osoby usamodzielnianej

1. Osoba usamodzielniana jest osobą odpowiedzialną za realizację indywidualnego programu usamodzielnienia.
2. Osoba usamodzielniana zobowiązana jest między innymi do:
 - 1) realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia w wyznaczonych terminach;
 - 2) ścisłej współpracy z opiekunem usamodzielnienia, koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej oraz pracownikiem socjalnym;
 - 3) stawiania się na wezwania opiekuna, koordynatora, pracownika socjalnego w celu omówienia przebiegu programu;
 - 4) informowania organu udzielającego pomocy o każdorazowej zmianie swojej sytuacji materialnej i życiowej, w tym w szczególności o przerwaniu nauki;
 - 5) aktywnego uczestnictwa w zajęciach szkolnych oraz osiągnięcia jak najlepszych wyników w nauce;
 - 6) uczestnictwa w innych formach zajęć wskazanych przez koordynatora, pracownika socjalnego mających na celu jej życiowe usamodzielnienie.

Ja.....urodzony/-a.....

Oświadczam, że:

- 1) zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji (podstawa prawna art. 233 § 1 Kodeksu karnego);
- 2) zobowiązuję się do realizacji niniejszego programu usamodzielnienia;
- 3) zostałem/am poinformowany/a, że zerwanie realizacji programu usamodzielnienia staje się podstawą do zaprzestania udzielania pomocy przewidzianej usamodzielnianym wychowankom;
- 4) zobowiązuję się do informowania pracownika PCPR o każdej zmianie sytuacji osobistej i majątkowej mojej (rodziny), m.in. zaprzestaniu nauki, zmianie szkoły, podjęciu pracy i uzyskaniu dochodu, zmianie wysokości dochodu itp.

.....
(data i podpis osoby usamodzielnianej)

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....
(podpis pracownika PCPR współpracującego z usamodzielnianym wychowankiem)

.....
(podpis pracownika PCPR współpracującego z opiekunem zastępczym)

Zatwierdzam/nie zatwierdzam

.....
(podpis dyrektora PCPR powiatu właściwego do ponoszenia wydatków na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie)