

**Indywidualny Program Usamodzielnienia**

 **sporządzony w dniu** …………………………………………

**I. Dane osoby usamodzielnianej:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Telefon/ e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Aktualny adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Aktualne miejsce pobytu/forma pieczy zastępczej**:

□ rodzina zastępcza spokrewniona

□ rodzina zastępcza niezawodowa, zawodowa, RDD

□ placówka opiekuńczo – wychowawcza

□ regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna

□ młodzieżowy ośrodek wychowawczy

□ okręgowy ośrodek wychowawczy

□ młodzieżowy ośrodek socjoterapii

□ schronisko dla nieletnich

□ zakład poprawczy

□ specjalny ośrodek szkolno - wychowawczy

□ dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

□ dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

**Adres zamieszkania przed umieszczeniem po raz pierwszy w pieczy zastępczej/ placówce/ ośrodku**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data umieszczenia: ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Po uzyskaniu pełnoletności:**

□ pozostanę w dotychczasowej rodzinie zastępczej/placówce/ośrodku w terminie do ………………………..

□ opuszczę rodzinę zastępczą/placówkę/ośrodek w terminie …………………………..

**Osoba z niepełnosprawnością:** □ TAK stopień niepełnosprawności …………………………………………….

 termin ważności orzeczenia: …………………………………………..

 □ NIE

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

**1. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia**

□ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z rodziną,

□ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z instytucjami publicznymi,

□ współpraca w zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych,

□ współpraca w zakresie podjęcia zatrudnienia,

□ współpraca w zakresie ustalenia uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego,

□ inne ( jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Inne osoby wspierające osobę usamodzielnianą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | pokrewieństwo/relacja | Zakres oczekiwanej pomocy | Okres udzielania wsparcia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Wykaz instytucji i organizacji, z którymi zamierzam podjąć współpracę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji/organizacji | Zakres współpracy lub oczekiwanej pomocy | Okres udzielania pomocy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**III. Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej**

**1. Posiadane wykształcenie**: ………………………………………………………………………………………………………...

**2. Obecnie kontynuuję naukę**:

 □ TAK

 ○ w szkole/na uczelni

 nazwa szkoły ………………………………………………………………………………………………………………………

 klasa/rok/semestr ………………………………………………………………………………………………………………..

 termin ukończenia szkoły …………………………………………………………………………………………………..

 ○ u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego

 imię i nazwisko pracodawcy/nazwa firmy ………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 termin ukończenia nauki …………………………………………………………………………………………………….

 ○ na kursie zawodowym ………………………………………………………………………………………………………..

 termin ukończenia kursu …………………………………………………………………………………………………….

 □ NIE

**3. Zamierzam nadal kontynuować naukę**:

□ TAK

○ w szkole/na uczelni

 nazwa szkoły ………………………………………………………………………………………………………………………

 planowy termin ukończenia szkoły ……………………………………………………………………………………

 ○ u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego

 imię i nazwisko pracodawcy/nazwa firmy ………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 planowy termin ukończenia nauki ……………………………………………………………………………………...

 ○ na kursie zawodowym ………………………………………………………………………………………………………..

 planowy termin ukończenia kursu ……………………………………………………………………………………..

 □ NIE

**IV. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych**

**1. Posiadam uprawnienia zawodowe (kursy, szkolenia):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kursu/szkolenia** | **zdobyte uprawnienia** | **data ukończenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2. Planuję uzyskać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kursy, szkolenia):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kursu/szkolenia** | **rodzaj uprawnienia/ kwalifikacji** | **termin realizacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**V. Podjęcie zatrudnienia**

**1. Po opuszczeniu pieczy zastępczej/ośrodka/schroniska zamierzam:**

□ kontynuować zatrudnienie w zawodzie …………………………………………………………………………………..

 u pracodawcy/w firmie …………………………………………………………………………………………………………….

□ podjąć zatrudnienie w zawodzie ……………………………………………………………………………………………...

 w terminie ………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ samodzielnie poszukiwać pracy

□ poszukiwać pracy za pośrednictwem Urzędu Pracy

□ uzyskać uprawnienia do renty ze względu na niezdolność do pracy z powodów zdrowotnych w terminie ……………………………………………………………………………………………………………..

□ inne ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**2. Oczekuję pomocy w uzyskaniu zatrudnienia tj:**

□ pomoc w sporządzeniu CV, listu motywacyjnego

□ pomoc doradcy zawodowego

□ uczestnictwo w szkoleniach i warsztatach w zakresie skutecznego poszukiwania zatrudnienia, założenia własnej działalności gospodarczej lub autoprezentacji

□ inne ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**VI. Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej**

**1. Po opuszczeniu rodziny zastępczej/placówki/ośrodka/schroniska/DPS zamierzam**

zamieszkać pod adresem: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

gmina/powiat: ……………………………………………………………………………………………………………………………...

termin realizacji …………………………………………………………………………………………………………………………..

**2. Planowane miejsce zamieszkania:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ zamieszkam z rodziną biologiczną | termin ……………………………. |
| □ pozostanę w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej | termin …………………………… |
| □ wynajmę pokój/mieszkanie | termin …………………………... |
| □ kupię mieszkanie | termin ………………………….. |
| □ złożę wniosek o uzyskanie lokalu z zasobów gminy | termin ………………………….. |
| **□** złożę wniosek o możliwośćzamieszkania w mieszkaniu chronionym | termin ………………………….. |
| □ inne ……………………………………………………………………………………………………. | termin ………………………….. |

**3a. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**

(wypełniają **tylko** osoby, którym przysługuje pomoc na podstawie przepisów **ustawy o wspieraniu rodziny
i systemie pieczy zastępczej**)

|  |
| --- |
| Po opuszczeniu …………………………………………………………………………………………. oczekuję pomocy w: |
| □ uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym | termin ……………………………. |
| □ ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy | termin …………………………….. |
| □ zapewnieniu konsultacji prawnej w zakresie spraw spadkowych lub podpisywania umów cywilno-prawnych na wynajem mieszkania | termin ……………………………. |
| □ uzyskaniu skierowania do całodobowej jednostki pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji | termin ……………………………. |
| □ inne ………………………………………………………………………………………………….. | termin …………………………….. |

**3b. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**

(wypełniają **tylko** osoby, którym przysługuje pomoc na podstawie przepisów **ustawy o pomocy społecznej**)

|  |
| --- |
| Po opuszczeniu …………………………………………………………………………………………. oczekuję pomocy w: |
| □ Uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym | termin ……………………………. |
| □ Całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z wynajmem pokoju | termin …………………………….. |
| □ Ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy | termin ……………………………. |
| □ Umożliwieniu zamieszkania w bursie lub internacie do czasu ukończenia nauki | termin ……………………………. |
| □ Całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z zakwaterowaniem w trakcie nauki w szkole wyższej | termin …………………………….. |

**VII. Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego**

**Po opuszczeniu pieczy zastępczej/ ośrodka/schroniska/DPS będę posiadać ubezpieczenie zdrowotne z tytułu:**

□ zatrudnienia

□ prowadzenia gospodarstwa rolnego

□ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej

□ nauki w szkole/na uczelni

□ rejestracji w Urzędzie Pracy

□ ubezpieczenia przez członka rodziny (rodzice, dziadkowie, małżonek)

□ otrzymywania zasiłku stałego z pomocy społecznej

□ otrzymywania renty

□ ubezpieczenia przez wójta/burmistrza/prezydenta

□ ubezpieczenia dobrowolnego na podstawie wniosku złożonego w NFZ

**□** inne …………………………………………………………………………………………………………………………….

**VIII. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK/NIE** | **Termin składania wniosku** |
| Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki |  |  |
| Pomoc pieniężna na usamodzielnienie |  |  |
| Pomoc pieniężna na zagospodarowanie\* |  |  |
| Pomoc rzeczowa na zagospodarowanie\* |  |  |

\* można wybrać jedną z form pomocy

**IX. Inne oczekiwane formy pomocy ze strony instytucji:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ pomoc prawna, w zakresie ………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………... | termin ………………………….. |
| □ wsparcie psychologiczne | termin ………………………….. |
| **□** pomoc w kontaktach z innymi instytucjami, w zakresie ………………………..……………………………………………………………………………………………………………... | termin ………………………….. |
| **□** modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia |  |
| □ inne ………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….. | termin ………………………….. |

...........................................………………………... ......................................………………………

 podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

**DEKLARACJA I ZOBOWIĄZANIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ:**

Zobowiązuję się do:

1. realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia
w wyznaczonych terminach;

2. aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielnienia i pracownikiem PCPR w celu skutecznej realizacji programu usamodzielnienia;

3. przedkładania w PCPR w Wejherowie na początku każdego semestru zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki;

4. dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz
z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem/dyrektorem PCPR/MOPS/MOPR właściwego do udzielenia pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie, oceny końcowej procesu usamodzielnienia.\*

5. informowania opiekuna usamodzielnienia oraz PCPR w Wejherowie o każdej zmianie danych, sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w szczególności o zmianie szkoły oraz miejsca zamieszkania,

6. przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie do zaspokojenia ważnych życiowo potrzeb
tj. polepszenia warunków mieszkaniowych stworzenia warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienia kwalifikacji zawodowych, pokrycia wydatków związanych z nauką,
z wyłączeniem wydatków na kontynuowanie nauki.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwości jednokrotnego powrotu do pieczy zastępczej
po jej opuszczeniu za zgodą starosty powiatu, rodziny zastępczej, prowadzących rodzinny dom dziecka, dyrektora placówki opiekuńczo – wychowawczej.\*

 ...........................................……………………………..

 data i podpis osoby usamodzielnianej

**ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym w dniu *……………………………*

 *………………………………………………………*..

 podpis osoby sprawdzającej

 ***Zatwierdzam niniejszy program do realizacji***

 ..........................................………………………………………

 data i podpis Dyrektora

\*Nie dotyczy wychowanków opuszczających domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz schroniska dla nieletnich, zakłady poprawcze, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii zapewniające całodobową opiekę, młodzieżowe ośrodki wychowawcze i okręgowe ośrodki wychowawcze.