**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

**CZĘŚĆ INFORMACYJNA**

| 1. **Dane osobowe i informacje o osobie usamodzielnianej** | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **Numer PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **Miejsce urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **Aktualny adres zamieszkania** |  | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | | | | | | |
| **Dokładny adres zamieszkania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej** |  | | | | | | | | | | |

| 1. **Dane osobowe i informacje o opiekunie usamodzielnienia** | |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Stopień pokrewieństwa z**  **osobą usamodzielnianą** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Sytuacja rodzinna osoby usamodzielnianej** | | | | | | |
| 1. **Matka biologiczna** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | | | | |
| **Adres zamieszkania** |  | | | | | |
| **Moja matka biologiczna:** | | | | | | |
| **nie żyje ( proszę podać datę zgonu)** | |  | | | | |
| **Utrzymuje ze mną kontakt** | | bardzo często często regularnie rzadko wcale | | | | |
| **Chcę utrzymywać z matką biologiczną kontakt** | | TAK | | NIE | | |
| **Jeżeli nie to dlaczego?** | |  | | | | |
| **Sytuacja życiowa mojej matki biologicznej (czy posiada własne źródło dochodu, jeżeli tak to jakiego rodzaju jest to dochód i w jakiej wysokości, stan zdrowia)** | |  | | | | |
| **Jaką pomoc oferuje mi moja matka biologiczna w stosunku do mojej osoby** | |  | | | | |
| 1. **Ojciec biologiczny** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | |
| **Adres zamieszkania** | |  | | | | |
| **Mój ojciec biologiczny:** | | | | | | |
| **nie żyje ( proszę podać datę zgonu)** | |  | | | | |
| **Utrzymuje ze mną kontakt** | | bardzo często często regularnie rzadko wcale | | | | |
| **Chcę utrzymywać z ojcem biologicznym kontakt** | | TAK | | NIE | | |
| **Jeżeli nie to dlaczego?** | |  | | | | |
| **Sytuacja życiowa mojego ojca biologicznego (czy posiada własne źródło dochodu, jeżeli tak to jakiego rodzaju jest to dochód i w jakiej wysokości, stan zdrowia)** | |  | | | | |
| **Jaką pomoc oferuje mi mój ojciec biologiczny w stosunku do mojej osoby** | |  | | | | |
| 1. **Dane o moim rodzeństwie** | | | | | | |
| **Czy posiadam rodzeństwo (również przyrodnie)** | | TAK | | NIE | | |
| **Moje rodzeństwo to:** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | **Adres zamieszkania** | **Wiek** | | **Czy jest to moje rodzeństwo biologiczne** | **Czy utrzymuje z nim kontakt** |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
| **Czy moje rodzeństwo oferuje mi pomoc? (jeżeli tak – to kto z rodzeństwa i jakiego rodzaju jest to pomoc)** | |  | | | | |
| 1. **Inna osoba znacząca dla mnie z rodziny lub osoba obca** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | |
| **Adres zamieszkania** | |  | | | | |
| **Stopień pokrewieństwa** | |  | | | | |
| **Zakres oferowanej pomocy** | |  | | | | |

| 1. **Warunki materialno-bytowe osoby usamodzielnianej** | |
| --- | --- |
| **Miejsce aktualnego zamieszkania** |  |
| **Miejsce zameldowania** |  |
| **Możliwość zamieszkania w innym lokalu, np. u rodziców, dziadków, rodzeństwa, innej osoby znaczącej dla mnie, itp. (jeżeli istnieje taka możliwość, proszę podać dane personalne i adres tej osoby)** |  |
| **Moje warunki mieszkaniowe (należy podać czy jest to dom, mieszkanie, ilość izb, wyposażenie w sprzęt gospodarstwa domowego, urządzenia sanitarne, itp.)** |  |
| **Stwierdzam następujące braki w wyposażeniu mieszkania** |  |
| **Źródła dochodu osoby usamodzielnianej (np. alimenty, renta rodzinna, renta socjalna, zasiłki, wynagrodzenie za pracę, proszę o wyszczególnienie kwoty netto/miesięcznie)** |  |

| 1. **Sytuacja zdrowotna osoby usamodzielnianej** | | |
| --- | --- | --- |
| **Stan zdrowia osoby usamodzielnianej (np. czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, choroby przewlekłe, uczulenia, itp.)** |  | |
| **Czy osoba usamodzielniona jest ubezpieczona?** | TAK | NIE |
| **Jeżeli TAK - to gdzie?** |  | |
| **Jeżeli NIE - to dlaczego?** |  | |

**DZIAŁ PRZEBYWANIE W RODZINIE ZASTĘPCZEJ**

| 1. **Dane o rodzinie zastępczej, z której usamodzielnia się wychowanek** | |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko rodzica zastępczego/ rodziców zastępczych** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |

| 1. **Podstawa ustanowienia rodziny zastępczej** | |
| --- | --- |
| **Postanowienie Sądu (proszę podać sygnaturę akt oraz datę wydania Postanowienia)** |  |
| **Data uprawomocnienia Postanowienia Sądu** |  |

| 1. **Przebywanie w rodzinie zastępczej** | |
| --- | --- |
| **Okres przebywania w rodzinie zastępczej (tj. od dnia uprawomocnienia postanowienia do dnia ukończenia przez wychowanka 18 lat)** |  |
| **Jeżeli osoba usamodzielniana przebywała w kilku rodzinach zastępczych bądź w instytucjonalnej formie pieczy zastępczej proszę wpisać dokładne dane adresowe rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej, podstawę umieszczenia w pieczy zastępczej oraz okres przebywania** |  |

**CZĘŚĆ PLANISTYCZNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Plan działań osoby usamodzielnianej** | | | | |
| **Plany związane z miejscem zamieszkania/osiedlenia się po usamodzielnieniu (należy podać adres)** | |  | | |
| **Dalsze plany związane z kształceniem się** | |  | | |
| **Plany zawodowe związane z podjęciem pracy** | |  | | |
| **Plany w zakresie założenia przeze mnie rodziny (np. kiedy, gdzie będziemy mieszkać, itp.)** | |  | | |
| **Urzędy i miejsca, które pomogą mi w realizacji planów** | |  | | |
| **Pomoc w załatwieniu wszelkich spraw urzędowych** | |  | | |
| **Sprawa urzędowa** | **Co należy zrobić** | | **Termin realizacji** | **Kto mi pomoże?** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

**OBOWIĄZKI OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

Osoba usamodzielniana jest osobą odpowiedzialną za realizację Indywidualnego Programu Usamodzielnienia, i zobowiązana jest między innymi do:

1. Realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia w wyznaczonych terminach, a także do jego modyfikowania,
2. Ścisłej współpracy z opiekunem usamodzielnienia oraz pracownikiem socjalnym PCPR lub wyznaczonej przez Centrum jednostki pomocy społecznej,
3. Informowania organu udzielającego pomocy o każdorazowej zmianie swej sytuacji materialnej i życiowej, w tym w szczególności o przerwaniu nauki,
4. Przedkładania w okresach wskazanych przez PCPR pisemnego, oryginalnego zaświadczenia potwierdzającego fakt kontynuowania nauki z zaznaczeniem jej trybu, pobieranego stypendium, a w razie potrzeby także o frekwencji i uzyskiwanych ocenach,
5. Uczestnictwa w innych formach zajęć wskazanych przez pracownika socjalnego, mających na celu jej życiowe usamodzielnienie.

Zobowiązuje się osobę usamodzielnianą do realizacji postanowień zawartych w Indywidualnym Programie Usamodzielnienia oraz do wykorzystania przyznanej pomocy pieniężnej i rzeczowej na zaspokojenie ważnej potrzeby życiowej, zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami.

| **Data i podpis osoby usamodzielnianej** |  |
| --- | --- |

**DDZIAŁ   
POMOC FINANSOWA DLA OSÓB USAMODZIELNIANYCH**

| **Rodzaj pomocy** | **Numer decyzji administracyjnej** | **Data wydania decyzji administracyjnej** | **Przeznaczenie pobranego świadczenia** | **Kwota przyznanego świadczenia** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pomoc pieniężna na usamodzielnienie** |  |  |  |  |
| **Pomoc na zagospodarowanie** |  |  |  |  |
| **Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki** |  |  |  |  |
| **Inna pomoc** |  |  |  |  |

**DZIAŁ   
ZAWIESZENIE POMOCY NA KONTYNUOWANIE NAUKI I NA USAMODZIELNIENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Zawieszenie pomocy z tytułu kontynuowania nauki** | | |
| **Przyczyny zawieszenia** | **Co mam zrobić?** | **Kto mi pomoże?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data i podpis**  **Dyrektora PCPR** | |  | |
| 1. **Zawieszenie pomocy z tytułu usamodzielnienia** | | | |
| **Przyczyny zawieszenia** | **Co mam zrobić?** | | **Kto mi pomoże?** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

| **Data i podpis**  **Dyrektora PCPR** |  |
| --- | --- |

|  |
| --- |
| **MOJE ISTOTNE DANE I UWAGI NIE ZAWARTE W POWYŻSZYCH INFORMACJACH NINIEJSZEGO PROGRAMU** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data opracowania IPU** |  |
| **Data złożenia IPU** |  |
| **Data i podpis osoby**  **usamodzielnianej** |  |
| **Data i podpis opiekuna usamodzielnienia** |  |
| **Data i podpis  Dyrektora PCPR** |  |