

Chorzów, dnia .....

## Indywidualny Program Usamodzielnienia

1. Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej.....

2. Data urodzenia .....

3. Adres zamieszkania i telefon.....

4. Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej lub placówce, o której mowa w ustawie o pomocy społecznej

.....

5. Pobyt w pieczy zastępczej oraz placówkach określonych w ustawie o pomocy społecznej

a) rodzina zastępcza .....

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, miejsce zamieszkania, okres pobytu, podstawa skierowania)

.....

b) rodzinny dom dziecka .....

(adres, okres pobytu, podstawa skierowania)

.....

c) placówka opiekuńczo – wychowawcza .....

(nazwa, adres, okres pobytu, podstawa skierowania)

.....

d) młodzieżowy ośrodek wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, specjalny ośrodek szkolno – wychowawczy, zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, itp.:

(nazwa, adres, okres pobytu, podstawa skierowania)

.....

e) całkowity okres pobytu w pieczy zastępczej .....

(na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)

f) całkowity okres pobytu w placówkach .....

(na podstawie ustawy o pomocy społecznej)

5. Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania opiekuna usamodzielnienia

.....

.....

6. Cele i plan działań:

A) Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia. Kontakty z rodziną.

Opis sytuacji:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lp.	Działania	Termin

B) Sposób uzyskania wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych.

Opis sytuacji:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lp.	Działania/Plan kontynuowania nauki	Termin

--	--	--

C) Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych.

Opis sytuacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce osiedlenia: .....

Lp.	Działania	Termin/wykonawca

D) Pomoc w podjęciu zatrudnienia.

Opis sytuacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lp.	Działania	Termin/Wykonawca

--	--	--

E) Sytuacja zdrowotna i ubezpieczenie zdrowotne.

Opis sytuacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lp.	Działania	Termin/Wykonawca

F) Informacja o przysługujących świadczeniach:

.....

.....

.....

.....

Lp.	Działania	Termin/wykonawca
1.	Pomoc (pieniężna) na kontynuowanie nauki	
2.	Pomoc (pieniężna) na usamodzielnienie	
3.	Pomoc na zagospodarowanie (w formie rzeczowej)	

--	--	--

**Działania pracownika OPS/MOPS/MOPR/PCPR:**

1. Zbieranie i zaznajomienie się z dostępną dokumentacją osoby usamodzielnianej
2. Monitorowanie podejmowanych przez wychowanka działań
3. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie
4. Współpraca z opiekunem usamodzielnienia, środowiskiem lokalnym, gminą i szkołą
5. Udzielanie na bieżąco wg potrzeb wychowanka wsparcia, pomocy w rozwiązywaniu pojawiających się trudności, także w formie poradnictwa specjalistycznego
6. Udzielanie wychowankowi informacji w zakresie przysługujących świadczeń

**Zobowiązania osoby usamodzielnianej:**

1. Oświadczam, że informacje podane podczas sporządzania indywidualnego programu usamodzielnienia są zgodne z prawdą.
2. Zobowiązuję się do realizacji poszczególnych postanowień programu.
3. Zobowiązuję się do informowania pracownika OPS/MOPS/MOPR/PCPR o każdej zmianie mojej sytuacji materialnej, zawodowej, zdrowotnej, rodzinnej i mieszkaniowej do 7 dni od zaistnienia zmiany oraz o realizowaniu zadań zawartych w indywidualnym programie usamodzielnienia (każda zmiana programu wymaga sporządzenia oceny z realizacji programu).
4. W przypadku korzystania z pomocy na kontynuowanie nauki będę przedkładał(a) na początku każdego semestru zaświadczenie potwierdzające kontynuowaniu nauki.
5. Zostałem(am) poinformowany(na), że nie realizowanie indywidualnego programu usamodzielnienia może skutkować odmową lub zawieszeniem pomocy na usamodzielnienie i kontynuowanie nauki.
6. Pomoc (pieniężną) na usamodzielnienie przeznaczę na zaspokojenie mojej ważnej potrzeby życiowej, w szczególności na: polepszenie warunków mieszkaniowych; stworzenie warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienie kwalifikacji zawodowych; pokrycie wydatków związanych z nauką.
7. Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości odebrania kopii powyższego programu po 14 dniach od jego spisania.

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

.....  
(podpis opiekuna)

.....  
(pieczęć i podpis koordynatora/pracownika socjalnego)

Zatwierdzam Indywidualny Program Usamodzielnienia

.....  
(data i podpis kierownika PCPR/OPS/MOPS/MOPR)