

## INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

Indywidualny Program Usamodzielnienia został opracowany na podstawie art. 140 i 145 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r.

Indywidualny Program Usamodzielnienia został opracowany w dniu.....	, przez
wychowanka/ę .....	ur. ....
(forma pieczy zast.)	(imię i nazwisko)
i opiekuna usamodzielnienia: .....	(imię i nazwisko)
oraz zatwierdzony przez Dyrektora .....	

### Dane osoby usamodzielnianej:

1. Imię i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Podstawa umieszczenia w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej:  
*postanowienie Sądu Rejonowego w* .....  
*sygn. akt* ..... *z dnia* .....
4. Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej  
.....
5. Miejsce zamieszkania/pobytu w chwili sporządzania indywidualnego programu usamodzielnienia  
.....
6. Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej po opuszczeniu rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej  
.....
7. Łączny okres pobytu wychowanka w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej  
.....
8. Czy osoba usamodzielniana ma stopień niepełnosprawności?  
➤ Nie

➤ Tak:

- a) lekki, do...../na stałe
- b) umiarkowany, do...../na stałe
- c) znaczny, do...../na stałe

9. Sytuacja zdrowotna osoby usamodzielnianej

.....  
.....

10. Sytuacja szkolna osoby usamodzielnianej

.....  
.....

**Dane dotyczące rodziny naturalnej osoby usamodzielnianej:**

	<b>Imię, nazwisko, adres</b>	<b>Rodzaj i forma możliwej pomocy</b>
<b>Matka</b>		
<b>Ojciec</b>		
<b>Rodzeństwo</b>		
<b>Inne osoby spokrewnione</b>		

**Dane dotyczące opiekuna usamodzielnienia:**

- 1. Imię i nazwisko .....
- 2. Adres zamieszkania .....
- 3. Stopień pokrewieństwa z osobą usamodzielnianą .....

**Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:**

Osoba usamodzielniana zobowiązała się do współpracy z opiekunem usamodzielnienia oraz do informowania go o każdej zmianie dotyczącej IPU.

Opiekun usamodzielnienia zobowiązał się do współpracy z osobą usamodzielnianą oraz do wspierania go w realizacji IPU.

## Zadania do realizacji przez osobę usamodzielnianą

<i>Plan kontynuowania nauki</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>
<i>Podnoszenie kwalifikacji zawodowych</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>
<i>Podjęcie zatrudnienia</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>
<i>Zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>
<i>Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>
<i>Osiedlenie się osoby usamodzielnianej w powiecie innym niż miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej</i>	<i>Termin realizacji</i>	<i>Osoby bądź instytucje wspierające</i>

## Rodzaje i przeznaczenie pomocy:

<i>Rodzaje pomocy pieniężnej</i>	<i>Właściwy PCPR / MOPS</i>	<i>Zobowiązania w zakresie udzielanej pomocy i jej przeznaczenie</i>	<i>Data realizacji</i>
<i>Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki</i>		-przedkładanie na początku każdego semestru zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki -osiąganie postępów w nauce, uzyskiwanie zaliczeń z przedmiotów i egzaminów -systematyczne uczęszczanie na zajęcia szkolne -informowanie pracownika PCPR o każdej zmianie związanej z tokiem nauki, jej zawieszeniem oraz przerwaniem	
<i>Pomoc pieniężna na usamodzielnienie</i>			
<i>Pomoc pieniężna na zagospodarowanie w formie rzeczowej</i>			
<i>Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych</i>			
<i>Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia</i> PCPR Nowy Targ			

Zobowiązuję się do realizacji niniejszego programu usamodzielnienia oraz do informowania PCPR / MOPS w Nowym Targu o każdej zmianie w sytuacji osobistej i dochodowej mającej wpływ na przyznaną pomoc pieniężną.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis opiekuna usamodzielnienia

.....  
podpis wychowanka

Zatwierdzam powyższy program usamodzielnienia do realizacji.

.....  
podpis i pieczęć Dyrektora PCPR/MOPS

## Zmiany w indywidualnym programie usamodzielnienia

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

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis opiekuna usamodzielnienia /

.....  
podpis wychowanka

Zatwierdzam powyższe zmiany dokonane w indywidualnym programie usamodzielnienia.

.....  
podpis i pieczęć Dyrektora PCPR/MOPS



## Ocena końcowa procesu usamodzielnienia

### 1. Dane osobowe osoby usamodzielnionej:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres aktualnego zamieszkania	

Opiekun usamodzielnienia:.....

**Ocena dokonana przez strony oraz wnioski z realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia z dnia .....**

### 2. Ocena współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia.

.....

.....

.....

.....

### 3. Ocena podejmowanych działań w zakresie sytuacji edukacyjnej osoby usamodzielnianej.

.....

.....

.....

.....

.....

### 4. Ocena podejmowanych działań w zakresie sytuacji zawodowej oraz kwalifikacji osoby usamodzielnionej.

.....

.....

.....

.....

### 5. Ocena podejmowanych działań w zakresie sytuacji zdrowotnej osoby usamodzielnianej.

.....

.....

.....

**6. Ocena podejmowanych działań w zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych przez osobę usamodzielnianą.**

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

**7. Ocena podejmowanych działań w zakresie sytuacji dochodowej i uzyskania przysługujących świadczeń.**

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

**Proces usamodzielnienia zakończył się z dniem .....**

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

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

.....  
(data i podpis pracownika dokonującego oceny)

.....  
(data i podpis Dyrektora PCPR)