**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA RODZINY ZASTĘPCZEJ / PLACÓWKI**

………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko usamodzielnianego wychowanka)

**CZEŚĆ I**

**INFORMACYJNA**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wychowanek (imiona i nazwisko) |  |
| 2. | Data i miejsce urodzenia |  |
| 3. | Obecne miejsce zamieszkania |  |
| 4. | Adres zameldowania stałego/czasowego |  |
| 5. | Ukończone szkoły (rok ukończenia) |  |
| 6. | Kontakt (telefoniczny, e-mail) |  |
| 7. | Dochody (jeżeli są) |  |
| 8. | Posiadany majątek (jeżeli jest) |  |
| 9. | Planowane miejsce osiedlenia |  |
| 10. | Planowane zakończenie realizacji IPU |  |
| 11. | Powiat właściwy do udzielenia pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie |  |
| 12. | Powiat właściwy do udzielenia pomocy na zagospodarowanie |  |
| 13. | Sytuacja zdrowotna – w tym występowanie niepełnosprawności, konieczność specjalistycznej opieki |  |

II. OPIEKUN USAMODZIELNIENIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Opiekun IPU (imię i nazwisko) |  |
| 2. | Data i miejsce urodzenia |  |
| 3. | Stopień pokrewieństwa z usamodzielnianym wychowankiem |  |
| 4. | Obecne miejsce zamieszkania |  |
| 5. | Adres zameldowania stałego/czasowego |  |
| 6. | Kontakt (telefoniczny, e-mail) |  |
| 7. | Inne istotne informacje uzasadniające wybór opiekuna usamodzielnienia |  |

III. DANE DOTYCZĄCE RODZINY ZASTĘPCZEJ / PLACÓWKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Rodzina zastępcza – stopień pokrewieństwa  Placówka – adres |  |
| 2. | Podstawa umieszczenia |  |
| 3. | Data przybycia do rodziny zastępczej / placówki |  |
| 4. | Okres pobytu w innych rodzinach zastępczych, placówkach |  |

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZINY NATURALNEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **MATKA** | |
| 1. | Imiona i nazwisko |  |
| 2. | Data, miejsce urodzenia |  |
| 3. | Adres pobytu / zamieszkania |  |
| 4. | Władza rodzicielska |  |
| 5. | Deklarowana pomoc w usamodzielnieniu |  |
| 6. | Kontakt (telefoniczny, e-mail) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OJCIEC** | |
| 1. | Imiona i nazwisko |  |
| 2. | Data, miejsce urodzenia |  |
| 3. | Adres pobytu / zamieszkania |  |
| 4. | Władza rodzicielska |  |
| 5. | Deklarowana pomoc w usamodzielnieniu |  |
| 6. | Kontakt (telefoniczny, e-mail) |  |

V. ZASOBY / MOŻLIWOŚCI ŚRODOWISKA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Osoby wspierające realizację indywidualnego programu usamodzielnienia |  |
| 2. | Instytucje wspierające realizację indywidualnego programu usamodzielnienia |  |

VI. AUTOANALIZA SYTUACJI WYCHOWANKA

|  |  |
| --- | --- |
| MOJE MOCNE STRONY / MOŻLIWOŚCI |  |
| MOJE SŁABE STRONY / ZAGROŻENIA |  |

**CZEŚĆ II**

**PLAN USAMODZIELNIENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ZADANIE DO REALIZACJI** | **TERMIN** | **SPOSÓB REALIZACJI – JAKIE DZIAŁANIA NALEŻY PODJĄĆ** | **OSOBY I INSTYTUACJE WSPOMAGAJĄCE** | **UWAGI** |
| 1. | Uzyskanie wykształcenia / kwalifikacji zawodowych |  |  |  |  |
| 2. | Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych |  |  |  |  |
| 3. | Uzyskanie zatrudnienia |  |  |  |  |
| 4. | Utrzymywanie kontaktów z rodziną |  |  |  |  |
| 5. | Integracja ze środowiskiem |  |  |  |  |
| 6. | Współpraca ze specjalistami |  |  |  |  |
| 7. | Współpraca z opiekunem usamodzielnienia |  |  |  |  |
| 8. | Współpraca z PCPR |  |  |  |  |
| 9. | Złożenie wniosku o pomoc na usamodzielnienie |  |  |  |  |
| 10. | Złożenie wniosku o pomoc na zagospodarowanie |  |  |  |  |
| 11. | Uzyskanie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |  |  |
| 12. | Inne istotne działania wynikające z sytuacji osobistej |  |  |  |  |

OŚWIADCZENIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

Zobowiązuje się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia (IPU) i do przeznaczenia przyznanej pomocy na zaspokojenie ważnych potrzeb życiowych oraz do informowania mojego opiekuna usamodzielnienia oraz właściwego PCPR o wszystkich planowanych i uzasadnionych zmianach w realizacji IPU w terminie 14 dni w formie pisemnej. Wiem, że zmiany w IPU są możliwe po ich wcześniejszej akceptacji przez opiekuna usamodzielnienia i PCPR.

Oświadczam, że posiadam kopię mojego indywidualnego programu usamodzielnienia.

…..………………………………………………..

(data i czytelny podpis osoby usamodzielnianej)

Jako opiekun procesu usamodzielnienia akceptuję powyższy IPU i zobowiązuję się do udzielania pomocy i wszechstronnego wsparcia osobie usamodzielnianej w jego terminowej realizacji. Zobowiązuję się do systematycznej współpracy w tym zakresie zarówno z usamodzielnianym wychowankiem jak i z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

……..………………………………………………..

(data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia)

Zatwierdzam do realizacji:

…..………………………………

(data i podpis Dyrektora PCPR)