**Indywidualny Program Usamodzielnienia**

**sporządzony dnia ……………….**

**Podstawa prawna:**

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

**Cel programu:** **Życiowe usamodzielnienie wychowanka poprzez uwzględnienie wykształcenia i zdobycia kwalifikacji zawodowych zgodnie z jego aspiracjami i możliwościami oraz stabilizacja sytuacji mieszkaniowej.**

1. **Podstawowe dane**
2. **Dane osoby usamodzielnianej:**

Imię i Nazwisko:……………………………………………………………………………………

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

Adres zamieszkania:…………………………………………………………..................................

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

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

1. **Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej (miejscowość, gmina, powiat)**: ……………………………………………………………………………………………………….....
2. **Okresy pobytu w pieczy zastępczej:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma opieki zastępczej (rodzina zastępcza-typ, placówka opiekuńczo – wychowawcza)** | **Okres pobytu** | **Podstawa umieszczenia** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

1. **Sytuacja zdrowotna:**
* orzeczenie o niepełnosprawności (stopień……………………………………………………...)
* leczenie specjalistyczne (rodzaj choroby……………………………………………...)
1. **Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego.**
* w szkole
* rejestracja w Urzędzie Pracy
* przez członka rodziny (rodzice biologiczni/rodzice zastępczy/dziadkowie/małżonek)
* przez Ośrodek Pomocy Społecznej
* renta socjalna/rodzinna
* inne……………………………………………………………………………………………...
1. **Możliwości (potencjał osobisty i posiadane zasoby) osoby usamodzielnianej pozwalające na właściwą realizację procesu usamodzielnienia.**
* pracowitość,
* łatwość w przystosowaniu się do zmian,
* umiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się problemami,
* poczucie odpowiedzialności,
* wsparcie ze strony rodziny
* umiejętność szybkiego uczenia się
* łatwość w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich,
* inne……………………………………………………………………………………………..
1. **Ograniczenia lub bariery mogące powodować utrudnienia w realizacji procesu usamodzielnienia.**
* niesprzyjające środowisko rówieśnicze
* problemy zdrowotne
* problemy z prawem
* uzależnienie
* inne……………………………………………………………………………………………...
1. **Wspieranie osoby usamodzielnianej przez środowisko naturalne:**
2. **Rodzina biologiczna:**

Matka biologiczna:

Imię i Nazwisko:……………………………………………………………………………….

Rodzaj kontaktu………………………………………..…………………................................

Możliwość udzielenia wsparcia…………………………………..……………………………

…………………………………………………………………………………………………

Ojciec biologiczny:

Imię i Nazwisko:………………………………………………………………………………

Rodzaj kontaktu………………..........………………………………………………………….

Możliwość udzielenia wsparcia………………………………………………………………...

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

Osoby, na których wsparcie mogę liczyć (rodzeństwo, dziadkowie, dalsza rodzina, znajomi):

1. Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania : …………………………………………………………………………...

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

1. Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania : …………………………………………………………………………...

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

1. Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania : …………………………………………………………………………...

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

1. **Opiekun usamodzielnienia :**

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

Adres zamieszkania : …………………………………………………………………………….....

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

1. **Instytucje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji/ organizacji | Zakres współpracy lub oczekiwanej pomocy | Termin |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Sposób uzyskania wykształcenia**
	* + 1. **Obecnie kontynuuję naukę** (klasa, szkoła, planowany termin ukończenia)**:**

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

* + - 1. **Plan dalszej nauki** (planowany termin rozpoczęcia i ukończenia szkoły):
* ……………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………….......
* ………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………….......
	+ - 1. **Posiadane kwalifikacje, umiejętności**
* ………………………………………………………………………………………………………….
* ……………………………………………………………………………………………………….....
* ……………………………………………………………………………………………………….....
	+ - 1. **Planowane uzyskanie kwalifikacji/umiejętności/ukończenie kursów**
* …………………………………………………………………………………………………………..
* …………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..................
1. **Plan uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych**
	* + 1. **Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej po uzyskaniu pełnoletności**
* pozostanie w dotychczasowej pieczy zastępczej, w terminie do ……………………………
* opuszczenie rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej
	+ - 1. **Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu pieczy zastępczej :**
* z rodziną biologiczną termin…………………………………
* wynajęcie pokoju/mieszkania termin…………………………………..
* zakup mieszkania termin…………………………………..
* pozostanie w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej termin…………………………………..
* złożenie wniosku o przydział mieszkania z zasobu miasta/gminy termin…………………………………..
* zamieszkanie w mieszkaniu chronionym/chronionym treningowym

termin…………………………………...

* inne……………………………………………………. termin…………………………………...
1. **Podjęcie zatrudnienia (zawód, planowany termin podjęcia zatrudnienia)**

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

1. **Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia** | **Powiat właściwy do przyznania pomocy** | **Termin** |
| Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki: |  |  |
| Pomoc pieniężna na usamodzielnienie: |  |  |
| Pomoc pieniężna na zagospodarowanie: |  |  |

1. **Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:**
* współdziałanie w zakresie opracowania, realizacji, zmian i oceny końcowej IPU,
* informowanie o zmianie sytuacji życiowej w tym edukacyjnej, zawodowej, mieszkaniowej, zdrowotnej,
* opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie i zagospodarowanie,
* przedkładanie zaświadczeń szkolnych na początku każdego semestru
* 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?)…………………………………………………………………....................................

**Zostałam/-łem poinformowana/-ny o przysługujących prawach i obowiązkach wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.**

…………………………………. …………………………………

 podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

**DEKLARACJA I ZOBOWIĄZANIA USAMODZIELNIAJĄCEGO SIĘ WYCHOWANKA/I:**

Zobowiązuję się do:

1. Realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu
2. Aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielniania w celu skutecznej realizacji programu usamodzielnienia
3. Dokonania po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie właściwego do udzielenia pomocy oceny końcowej procesu usamodzielnienia
4. Poinformowania opiekuna usamodzielnienia oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania
5. Przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie do zaspokajania ważnych życiowo potrzeb tj. polepszenia warunków mieszkaniowych, stworzenia warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesieniu kwalifikacji zawodowych, pokrycia wydatków związanych z nauką.

………………………………….

 miejscowość i data

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

 podpis opiekuna usamodzielnienie podpis osoby usamodzielnianej

……………………………………

 pomoc w sporządzeniu IPU

**ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

Zatwierdzam niniejszy program do realizacji

 ……………………………………….

 podpis Dyrektora PCPR