

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIANIA

wychowanki/ka *

.....
(rodziny zastępczej, domu dziecka, MOW)

Pani/Pana.....

sporządzony w dniu..... przez wychowankę/ka
przy współpracy opiekuna usamodzielnienia

I.DANE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:

.....

ADRES ZAMELDOWANIA PRZED UMIESZCZENIEM W RODZINIE ZASTĘPCZEJ, PLACÓWCE
OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ.....

.....

PLANOWANE MIEJSCE OSIEDLENIA (ADRES, POWIAT):

.....

SYTUACJA ZDROWOTNA:

.....

POSIADANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (jeśli tak, podać stopień niepełnosprawności):.....

.....

UPRAWNIENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (kontynuowanie nauki, podjęcie zatrudnienia, rejestracja
w Urzędzie Pracy, pobieranie świadczeń z ZUS, KRUS, itp.).....

.....

.....

OBOWIĄZKI OSOBY USAMODZIELNIANEJ

Osoba usamodzielniana jest osobą odpowiedzialną za realizację indywidualnego programu usamodzielnienia.

OSOBA USAMODZIELNIANA ZOBOWIĄZANA JEST MIĘDZY INNYMI DO:

- realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia w wyznaczonych terminach, a także do jego modyfikowania,

ścisłej współpracy z opiekunem usamodzielnienia oraz pracownikiem socjalnym PCPR lub wyznaczonej przez Centrum jednostki pomocy społecznej, informowania organu udzielającego pomocy o każdorazowej zmianie swej sytuacji materialnej i życiowej, w tym w szczególności o przerwaniu nauki, 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, 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.

.....
podpis osoby usamodzielnianej

III. DANE DOTYCZĄCE RODZINY NATURALNEJ:

- IMIĘ I NAZWISKO MATKI BIOLOGICZNEJ:.....

ADRES:.....

WARUNKI MIESZKANIOWE:.....

.....

WARUNKI MATERIALNE:.....

.....

POSIADANE PRAWA RODZICIELSKIE (OGRANICZONE, POZBAWIONA):.....

.....

- IMIĘ I NAZWISKO OJCA BIOLOGICZNEGO:.....

ADRES:.....

WARUNKI MIESZKANIOWE:.....

.....

WARUNKI MATERIALNE:.....

.....

POSIADANE PRAWA RODZICIELSKIE (OGRANICZONE, POZBAWIONY):.....

.....

RODZAJ KONTAKTÓW RODZICÓW BIOLOGICZNYCH Z OSOBĄ USAMODZIELNIAŃ:.....

.....

KONTAKT I WSPIERANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ PRZEZ INNYCH CZŁONKÓW RODZINY:....

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

OSOBA USAMODZIELNIANA ZAMIERZA PROWADZIĆ GOSPODARSTWO DOMOWE:

- SAMODZIELNIE (źródło dochodu i jego wysokość)

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

- WSPÓLNIE Z RODZINĄ (źródło dochodu i jego wysokość)

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

OBOWIĄZKI OPIEKUNA PROCESU USAMODZIELNIENIA

DO ZADAŃ OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA NALEŻY:

**I. zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą Indywidualnego programu usamodzielnienia,
ocena realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie,
współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze
szkołą i gminą,
opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc rzeczową na
zagosparowanie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.**

.....
podpis opiekuna usamodzielnienia

IV. INFORMACJE O USAMODZIELNIENIU.

PLANOWANE MIEJSCE OSIEDLENIA:.....

.....
.....

ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNICH WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH:.....

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

POMOC W ZNALEZIENIU PRACY:.....

.....
.....

PRYZNANIE POMOCY PIENIĘŻNEJ NA KONTYNUOWANIE NAUKI:.....

.....
.....

PRYZNANIE POMOCY PIENIĘŻNEJ NA USAMODZIELNIENIE:.....

.....
.....

PRYZNANIE POMOCY RZECZOWEJ:.....

.....
.....

OCENA INDYWIDUALNEJ SYTUACJI WYCHOWANKI/KA:.....

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

PLANY ŻYCIOWE WYCHOWANKI/KA:.....

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

PROPOZYCJE CENTRUM I PRACA SOCJALNA:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indywidualny program usamodzielnienia może podlegać weryfikacji przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Płońsku odpowiednio do zmieniającej się sytuacji usamodzielnianego wychowanka w uzgodnieniu z tym wychowankiem lub z jego opiekunem wyznaczonym przez osobę usamodzielnianą.

.....
podpis wychowanki/ka

.....
podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
podpis Dyrektora

.....
miejsowość, data

Płońsk, dnia.....

DANE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Osoba usamodzielniana na opiekuna usamodzielnienia wskazuję Panią/Pana:

IMIĘ I NAZWISKO:.....

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:.....

ADRES:.....

TELEFON KONTAKTOWY:.....

.....
data

.....
(podpis wychowanki/ka)

Zgoda na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia wychowanki/ka

IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA.....

ADRES:.....

i zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Płońsku mającej na celu pomoc w życiowym usamodzielnieniu się Wychowanka/ki.

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....
data