

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

dla wychowanka opuszczającego: dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży i schroniska dla nieletnich, zakład poprawczy,
specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy,
młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę, młodzieżowy ośrodek wychowawczy

Sporządza wychowanek wspólnie z opiekunem usamodzielnienia

I. Dane ewidencyjne:

1. Planowany termin opuszczenia placówki:.....
2. Powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w placówce:
.....
3. Powiat właściwy ze względu na miejsce osiedlenia się wychowanka:
.....

II. Informacje o wychowanku:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. PESEL:.....
4. Telefon:.....
5. Adres zamieszkania przed umieszczeniem po raz pierwszy w placówce:.....
.....
6. Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki.....
.....
7. Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności: (jeśli tak, prosimy podać stopień niepełnosprawności oraz
okres na jaki zostało wydane)
.....

III. Dane dotyczące placówki:

1. Nazwa placówki.....
.....
2. Adres:.....
3. Data umieszczenia w placówce (zgodnie z postanowieniem sądu)
.....
4. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez placówkę:.....
.....
5. Poprzednie miejsca pobytu w placówkach:
 - a)
(nazwa i adres placówki)
od.....do.....
 - b)
(nazwa i adres placówki)
od.....do.....
 - c)
(nazwa i adres placówki)
od.....do.....
 - d)
(nazwa i adres placówki)
od.....do.....

IV. Ocena aktualnej sytuacji życiowej wychowanka oraz plany osoby usamodzielnianej:

1. SYTUACJA RODZINNA

Matka:

- imię i nazwisko:
- miejsce zamieszkania:
- rodzaj kontaktów i zakres oferowanej pomocy przez matkę:
.....
.....

Ojciec:

- imię i nazwisko:
- miejsce zamieszkania:
- rodzaj kontaktów i zakres oferowanej pomocy przez ojca:
.....
.....
.....

Inne osoby (krewni, znajomi):

-
-
-

2. SYTUACJA MIESZKANIOWA

a) Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki:
(właściwe podkreślić lub uzupełnić)

- wynajęcie mieszkania
- zamieszkanie w bursie/internacie/akademiku
- zamieszkanie w mieszkaniu chronionym treningowym
- zamieszkanie w lokalu aktywizującym
- powrót do rodziny naturalnej (jesli tak, podać adres)
-
- inne:.....
-

b) złożenie wniosku do Urzędu Miasta Kielce o przydział lokalu socjalnego/ komunalnego z zasobów gminy	tak / nie
--	-----------

3. SYTUACJA SZKOLNA

a) Aktualne miejsce nauki: (podać nazwę szkoły, klasę/semestr, system nauki dzienny/zaoczny)

- b) Etapy dalszego kształcenia: (właściwe uzupełnić)
- szkoła zawodowa od.....do.....
- technikum od.....do.....
- liceum od.....do.....
- szkoła policealna od.....do.....
- zakład kształcenia nauczycieli od.....do.....

- studia wyższe:
 - licencjat od.....do.....
 - magisterskie od.....do.....
 - studia podyplomowe od.....do.....
- kursy zawodowe od.....do.....
- u pracodawcy w celu od.....do.....
przygotowania zawodowego

4. SYTUACJA ZAWODOWA

a) Planowany termin rejestracji w Urzędzie Pracy: (właściwe podkreślić)

- w trakcie nauki w systemie zaocznym
- po zakończeniu nauki w systemie dziennym

b) Podjęcie zatrudnienia: (właściwe podkreślić)

- w trakcie nauki
- po zakończeniu nauki

5. SYTUACJA ZDROWOTNA

Należy uwzględnić: stan zdrowia, szczegółowe wymagania związane ze stanem zdrowia (leczenie u specjalistów).

.....
.....

Aktualnie posiadam ubezpieczenie zdrowotne z tytułu: (właściwe podkreślić)

- ubezpieczenia przy członku rodziny,
- renty rodzinnej,
- nauki w systemie dziennym,
- inne.....

W przyszłości planuję uzyskać prawo do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu:
(właściwe podkreślić)

- rejestracji w Urzędzie Pracy,
- renty socjalnej,
- zatrudnienia,
- inne.....

6. SYTUACJA DOCHODOWA (właściwe podkreślić)

Nie posiadam obecnie żadnego dochodu

Aktualnie posiadam dochód z tytułu:

- wynagrodzenia za pracę,
- alimentów,
- renty rodzinnej,
- renty socjalnej,
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- stypendium,
- inne:.....

7. DANE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Imię i nazwisko:.....

Adres.....

Telefon:.....

Stopień pokrewieństwa:

V. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:

1. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:

(określić czynności oferowanej pomocy przez opiekuna usamodzielnienia)

.....

.....

2. Osoby i instytucje wspierające w procesie usamodzielnienia:

.....

.....

VI. Przewidywane terminy korzystania z pomocy i świadczeń:

Lp.	Rodzaj pomocy/ świadczenia	Data realizacji
1.	Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki	
2.	Pomoc pieniężna na usamodzielnienie przeznaczona na zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby, a w szczególności na: (właściwe podkreślić) – polepszenie warunków mieszkaniowych – stworzenie warunków do działalności zarobkowej – podniesienie kwalifikacji zawodowych – pokrycie dodatkowych wydatków związanych z nauką	
3.	Pomoc rzeczowa na zagospodarowanie, w szczególności na (właściwe podkreślić) – polepszenie warunków mieszkaniowych – materiały niezbędne do wyposażenia i remontu mieszkania – niezbędne urządzenia domowe – pomoce naukowe – sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt służący do podjęcia zatrudnienia	
4.	Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych poprzez: (właściwe podkreślić) – zapewnienie pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym dla osób usamodzielnianych/lokalu aktywizującym – uzyskanie całkowitego lub częściowego pokrycia wydatków związanych z wynajmem pokoju – umożliwienie zamieszkania w bursie lub internacie – całkowite lub częściowe pokrycie wydatków związanych z zakwaterowaniem – wsparcie w złożeniu wniosku do UM o przydział lokalu z zasobów gminy	

5.	Pomoc w podjęciu zatrudnienia poprzez: (właściwe podkreślić) - podjęcie prac społecznie-użytecznych - doradztwo zawodowe w KIS - uczestnictwo w kursach zawodowych	
----	---	--

VII. Zobowiązanie osoby usamodzielnianej:

Wychowanek zobowiązuje się do:

1. ścisłej współpracy z opiekunem usamodzielniania;
2. informowania pracownika socjalnego o każdej istotnej zmianie sytuacji życiowej (zmiana dochodu, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana stanu cywilnego, zmiana toku nauki itp.) mającej wpływ na wydaną decyzję;
3. umożliwienia pracownikowi socjalnemu sporządzenia wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania;
4. przedkładania na początku każdego semestru zaświadczenia szkolnego potwierdzającego naukę na kolejnym semestrze;
5. systematycznego uczestnictwa w zajęciach szkolnych, czynienia postępów w nauce, uzyskiwania zaliczeń z przedmiotów i egzaminów;
6. ścisłej współpracy z pracownikiem socjalnym MOPR w zakresie przyznania i realizacji pomocy na usamodzielnienie;
7. rozliczenia w terminie 3 miesięcy od dnia wypłacenia świadczenia nie mniej niż 70% przyznanej kwoty na usamodzielnienie poprzez przedłożenie do MOPR w Kielcach imiennych faktur lub rachunków;
8. ścisłą współpracę i sporządzenie wraz z pracownikiem Działu Opieki i Wychowania protokołu dotyczącego asortymentu pomocy na zagospodarowanie w formie rzeczowej, który stanowi integralną część programu usamodzielniania.

VIII. Pouczenie:

W razie wystąpienia usprawiedliwionych okoliczności uniemożliwiających realizację indywidualnego programu usamodzielniania, pomoc może zostać zawieszona, na wniosek osoby zainteresowanej, na czas określony, jednak nie dłużej niż na rok.

W razie wystąpienia nieusprawiedliwionych okoliczności w realizacji indywidualnego programu usamodzielniania może nastąpić odmowa przyznania świadczenia, uchylenie decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzymanie świadczeń pieniężnych.

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielniania)

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

Zatwierdzam indywidualny program usamodzielniania:

.....
(data i podpis Dyrektora MOPR w Kielcach)