

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

dla osób opuszczających pieczę zastępczą
(rodziny zastępcze, rodzinne domy dziecka oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze)

Sporządza wychowanek wspólnie z opiekunem usamodzielnienia

I. Dane ewidencyjne:

1. Planowany termin opuszczenia pieczy zastępczej:.....
2. Powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:.....
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 rodzinie zastępczej/ rdd/ placówce:.....
6. Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu rodziny zastępczej/rdd/placówki:
7. Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności: (jeśli tak, prosimy podać stopień niepełnosprawności oraz okres na jaki zostało wydane)

III. Dane dotyczące rodziny zastępczej / rdd / placówki:

1. Imię, nazwisko oraz stopień pokrewieństwa rodziny zastępczej/ prowadzącego rdd / nazwa placówki:.....
2. Adres:.....
3. Data umieszczenia w rodzinie zastępczej/ rdd/ placówce:
(zgodnie z postanowieniem sądu)
4. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinę zastępczą/ rdd/ placówkę:
5. Poprzednie miejsca pobytu w pieczy zastępczej:
(w innej rodzinie zastępczej/ rdd /placówce oraz okresy pobytu)
 - a)
(imię i nazwisko rodziny zastępczej/ prowadzącego rdd/nazwa i adres placówki)
od.....do.....
 - b)
(imię i nazwisko rodziny zastępczej/ prowadzącego rdd/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) Aktualny adres zamieszkania:.....

b) Planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu pieczy zastępczej:
(właściwe podkreślić lub uzupełnić)

- dotychczasowy adres zamieszkania
- 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:.....
.....

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

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 rodzinie zastępczej,
- ubezpieczenia przez placówkę,
- 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 na kontynuowanie nauki	
2.	Pomoc na usamodzielnienie (właściwe podkreślić) – wypłacane jednorazowo – wypłacane w ratach	
3.	Pomoc na zagospodarowanie	
4.	Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych poprzez: (właściwe podkreślić) – zapewnienie pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym dla osób usamodzielnianych/lokalu aktywizującym – zapewnienie pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym dla osób przygotowujących się do usamodzielnienia – wsparcie w złożeniu wniosku do UM o przydział lokalu z zasobów gminy	
5.	Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia poprzez: (właściwe podkreślić) - podjęcie prac społecznie-użytecznych - doradztwo zawodowe w KIS - uczestnictwo w kursach zawodowych	
6.	Pomoc prawna i psychologiczna	

VII. Zobowiązanie osoby usamodzielnianej:

Wychowanek zobowiązuje się do:

1. realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielniania opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielniania;
2. aktywnej współpracy z opiekunem usamodzielniania i pracownikiem MOPR przy realizacji indywidualnego programu usamodzielniania;
3. systematycznego uczestnictwa w zajęciach szkolnych i czynienia postępów w nauce, uzyskiwania zaliczeń z przedmiotów i egzaminów;
4. dostarczania na początku każdego semestru aktualnego zaświadczenia szkolnego potwierdzającego kontynuowanie nauki;
5. informowania MOPR o każdej zmianie związanej z tokiem nauki, jej zawieszeniu, przerwaniu, a także o każdej zmianie mającej wpływ na udzielaną pomoc i realizację indywidualnego programu usamodzielniania;
6. rozliczenia w terminie 3 miesięcy od dnia wypłacenia świadczenia nie mniej niż 70% przyznanej kwoty na usamodzielnienie oraz 100% przyznanej kwoty na zagospodarowanie poprzez przedłożenie do MOPR w Kielcach imiennych faktur lub rachunków;
7. wykorzystania uzyskanej pomocy zgodnie z założonym celem;
8. zarejestrowania się w Urzędzie Pracy po zakończeniu kontynuowania nauki (system dzienny) lub w trakcie nauki (system zaoczny) w przypadku nie podjęcia zatrudnienia;
9. sporządzania weryfikacji indywidualnego programu usamodzielniania w przypadku zmiany sytuacji życiowej;
10. dokonania oceny końcowej indywidualnego programu usamodzielniania po zakończeniu jego realizacji.

VIII. Pouczenie:

W razie wystąpienia nieusprawiedliwionych okoliczności w realizacji indywidualnego programu usamodzielniania może nastąpić zawieszenie pomocy na kontynuowanie nauki lub odmowa przyznania świadczeń.

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

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

Zatwierdzam indywidualny program usamodzielniania:

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