**DRUK 3u**

…..…………………………………… ...…………………………

 Pieczątka PCPR Kościerzyna, dnia

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA**

**WYCHOWANKA Z RODZINY ZASTĘPCZEJ/PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ/INNEJ PLACÓWKI (**art..88 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej**)\***

1. Na podstawie art. 145 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej\*

2. Na podstawie art. 88 ust. 6, ust.7 ustawy z 12 marca 2014r. o pomocy społecznej\*

**UZASADNIENIE PRZYGOTOWANIA PROGRAMU:**

***Celem programu jest życiowe usamodzielnienie wychowanki /wychowanka…………………………………………………………………………poprzez: uzyskanie wykształcenia, zdobycie zawodu, stabilizacji sytuacji mieszkaniowej, zgodnie z możliwościami i aspiracjami wychowanka.***

**CZĘŚĆ I – INFORMACYJNA**

**1. DANE OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej:……………………………………………………………

Data urodzenia: ……………………………………..PESEL………………………………………...

Telefon kontaktowy: ……………………………………………………………………………………

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………

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

Adres zamieszkania na pobyt stały: ………………………………………………………………….

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w zastępczej formie opieki :

……………………………………………………………………………………………………………

**2. SYTUACJA ZDROWOTNA**

Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? Jeśli tak, to na jaki okres zostało wydane?

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

Dane placówki

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

Czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie? Jeśli tak, proszę podać z jakiej przyczyny, zalecenia, potrzeby.

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

……………………………………………………………………………………………………………

**3. MOŻLIWOŚCI (**potencjał osobisty i posiadane zasoby) **OSOBY USAMODZIELNIANEJ POZWALAJĄCE NA WŁAŚCIWĄ REALIZACJĘ PROCESU USAMODZIELNIENIA**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**4. OGRANICZENIA LUB BARIERY W ŚRODOWISKU MOGĄCE POWODOWAĆ UTRUDNIENIA W REALIZACJI PROCESU USAMODZIELNIENIA**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**5. INFORMACJA O MIEJSCACH POBYTU OSOBY USAMODZIELNIANEJ W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Podstawa umieszczenia (Sygn. akt) | Rodzina zastępcza/nazwa placówki | Adres | Okres pobytu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6. DANE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA:**

Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia: ………………………………………………............

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

Adres do korespondencji: …………………..…………………………………………………………

Telefon kontaktowy: ...…………………………………………………………………………………

**7. DANE EWIDENCYJNE:**

1. Data sporządzenia indywidualnego programu usamodzielnienia:

………………-……………….-…………………….

 dzień miesiąc rok

2. Dane adresowe powiatu właściwego do udzielania pomocy:

- na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie (powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby usamodzielnianej przed umieszczeniem w pieczy zastępczej):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- na zagospodarowanie (powiat właściwy ze względu na miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej):

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

3. Powiat, w którym osoba usamodzielniana zamierza się osiedlić:

……………………………………………………………………………………………………………

**8. DANE O RODZICACH BIOLOGICZNYCH OSOBY USAMODZIELNIONEJ**

**Matka biologiczna**

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

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

Rodzaj kontaktów z rodzicem i możliwość uzyskania wsparcia:

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

**Ojciec biologiczny**

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

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

Rodzaj kontaktów z rodzicem i możliwość uzyskania wsparcia:

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

**9. INNE KREWNE OSOBY MOGĄCE POMÓC (**zakres pomocy)

DZIADKOWIE

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

RODZEŃSTWO

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

……………………………………………………………………………………………………………

**II.PROGRAM USAMODZIELNIENIA OKREŚLA SPOSÓB I FORMY DZIAŁANIA
W ZAKRESIE:**

(PLAN DZIAŁANIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ)

**1. NAUKA**

Etap nauki / posiadane wykształcenie:

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

Czy osoba usamodzielniana obecnie kontynuuje naukę? Jeśli tak, to proszę podać nazwę i adres szkoły, rok/semestr:

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

Czy osoba usamodzielniana zamierza nadal kontynuować naukę? Jeśli tak, to proszę podać w jakiej szkole/uczelni oraz od kiedy do kiedy?

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

Czy osoba usamodzielniana zamierza rozpocząć kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe? Jeśli tak, podać jakie?

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

**2. PODJĘCIE ZATRUDNIENIA**

Czy osoba usamodzielniana pracuje? Jeśli tak, to proszę podać rodzaj i miejsce zatrudnienia (przyuczenie do zawodu – praktyka, itp.)

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

W jaki sposób osoba usamodzielniana zamierza poszukiwać pracy?

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

Od kiedy osoba usamodzielniana zamierza poszukiwać pracy?

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

**3. UZYSKANIE UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Czy osoba usamodzielniana posiada ubezpieczenie zdrowotne? Jeśli tak to z jakiego tytułu?

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

**4. UZYSKANIE ODPOWIEDNICH WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH**

Czy osoba usamodzielniana posiada możliwości mieszkaniowe? Jeśli tak to gdzie/ jaka forma/możliwości rodziny.

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**III. PROPONOWANE SPOSOBY DZIAŁANIA**

1. **ZOBOWIĄZANIA WYCHOWANKA:**

W ramach programu ustalono, że współpraca wychowanki/a, opiekuna usamodzielnienia i pracownika PCPR w oparciu o zasady zawarte w programie będzie, dotyczyła realizacji następujących zadań i działań:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zobowiązania****Zmiany te zostaną zapisane w formie aneksu do niniejszego IPU.** | **Data realizacji** |
| 1. | Wychowanek złoży oświadczenie woli o pozostaniu w placówce opiekuńczo – wychowawczej/ rodzinie zastępczej. |  |
| 2. | Wychowanek zobowiązuje się do przedstawienia poświadczenia o kontynuowaniu nauki (zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuacji nauki) nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy (w szczególnych przypadkach raz w miesiącu lub według indywidualnych ustaleń). |  |
| 3. | Wychowanek złoży wniosek o przydział lokalu mieszkalnego do Urzędu Miasta / Gminy na terenie którego zamierza się osiedlić |  |
| 4. | Wychowanek zobowiązuje się do stałej i systematycznej współpracy z opiekunem usamodzielnienia. |  |
| 5. | Wychowanek zarejestruje się w Powiatowym Urzędzie Pracy. |  |
| 6. | Wychowanek zobowiązuje się niezwłocznie poinformować organ, który przyznał pomoc o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń. |  |

**2. OPIEKUN USAMODZIELNIENIA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj zobowiązania** | **Data realizacji** |
| 1. | Stałej pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych, wsparcie przy wypełnianiu dokumentów urzędowych oraz pisemne akceptowanie wniosków wychowanka |  |
| 2. | Utrzymywanie stałego kontaktu z wychowankiem; kontrolowanie, czy prawidłowo wywiązuje się z ustaleń zawartych z indywidualnym programie usamodzielnienia ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji szkolnej.  |  |
| 3.  | Informowanie pracownika PCPR o ważnych zmianach w sytuacji socjalno – bytowej wychowanka mających wpływ na otrzymaną pomoc przez wychowanka. |  |

**3. PRACOWNIK PCPR / KOORDYNATOR ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj zobowiązania** | **Data realizacji** |
|  | Udzielenia poradnictwa i kierowanie do instytucji, świadczących taką pomoc (poradnictwo psychologiczne, prawne, pedagogiczne) |  |
|  | Pomocy w rozwiązaniu trudnych sytuacji życiowych wspieranie w celu uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych i samodzielności życiowej |  |
|  | Proponowanie korzystania z różnych form wsparcia, udziału w projektach, programach celem wzmocnienia aktywności zawodowej |  |

**IV. PROPONOWANE FORMY POMOCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Forma** | **Powiat realizujący** | **Data realizacji świadczenia** |
| **Pomoc na kontynuowanie nauki** |  |  |
| **Pomoc na usamodzielnienie** |  |  |
| **Pomoc na zagospodarowanie** |  |  |

**1. CZAS OBOWIĄZYWANIA**

Przewidywany czas na osiągnięcie zamierzonego celu określonego w niniejszym programie trwa od dnia ukończenia 18 roku życia tj.………………… do 26 roku życia, tj. do ……………

Pomoc finansowa w związku z kontynuacją nauki może być udzielana do 25 roku życia.

Zakończenie etapu nauki wskazany w programie jest przewidywanym terminem zakończenia udzielania pomocy finansowej na kontynuację nauki.

Zakończenie nauki nie jest podstawą uzyskania pomocy na usamodzielnienie w danym roku.

**2. DODATKOWE INFORMACJE**

1. Program został sporządzony w trzech/czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla wychowanka, opiekuna usamodzielnienia i dyrektora PCPR – u, powiatu właściwego do ponoszenia wydatków na usamodzielnienie i PCPR-u wg. miejsca osiedlenia.

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

 (data i podpis Wychowanka) (data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

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

(data i podpis pracownika MOPS/MOPR/PCPR) (data i podpis Dyrektora MOPS/MOPR/PCPR)

2. Wychowanek wraz z podpisaniem porozumienia jako integralną część porozumienia otrzymuje INFORMACJE/PORADNIK dotyczący przepisów/uprawnień/obowiązków związanych z procesem usamodzielnienia.

\*odpowiednie podkreślić/zaznaczyć