**Indywidualny program usamodzielnienia**

**Informacje dotyczące osoby usamodzielnianej**

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

Data urodzenia osoby usamodzielnianej……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania osoby usamodzielnianej…………………………………………………………………...…………………………………………….

Tel. kontaktowy do osoby usamodzielnianej…………………………………………………………………………………………………………………….

**Informacje dotyczące rodziców biologicznych osoby usamodzielnianej**

Matka: imię i nazwisko, adres zamieszkania, czy utrzymują kontakt……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Ojciec: imię i nazwisko, adres zamieszkania, czy utrzymują kontakt…………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Informacje dotyczące usamodzielnienia**

Podstawa umieszczenia w pieczy zastępczej (postanowienie)…………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej…………………………………………………………………………………………..

Okres przebywania wychowanka w pieczy zastępczej (nazwa i adres)……………………………………………………………………………………………………………………………

Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej po opuszczeniu pieczy zastępczej………………………………………………………...

**Informacje dotyczące opiekuna procesu usamodzielnienia**

Imię i nazwisko

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

Adres zamieszkania

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

Tel. kontaktowy

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

**I. Aktualna sytuacja usamodzielnianego wychowanka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obszar | Aktualne warunki, środki | Uwagi |
| 1. Sytuacja rodzinna |  |  |
| 2. Wykształcenie |  |  |
| 3. Sytuacja materialna |  |  |
| 4. Sytuacja mieszkaniowa |  |  |
| 5. Sytuacja zdrowotna |  |  |
| 6. Inne |  |  |

**II. Cele do osiągnięcia procesu usamodzielnienia**

|  |  |
| --- | --- |
| Obszar | Sformułowanie celów |
| 1. Sytuacja rodzinna |  |
| 2. Wykształcenie |  |
| 3. Sytuacja materialna |  |
| 4. Warunki mieszkaniowe |  |
| 5. Inne |  |

**III. Plan działań osoby usamodzielnianej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadanie | Co należy zrobić? | Termin | Kto może pomóc? | Spodziewane efekty |
| 1. Zdobycie wykształcenia |  |  |  |  |
| 2. Podwyższenie kwalifikacji |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych |  |  |  |  |
| 4. Znalezienie zatrudnienia |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Wyposażenie w niezbędne rzeczy osobiste oraz wyposażenie mieszkania |  |  |  |  |
| 6. Inne |  |  |  |  |

**IV Zakres współdziałania osoby usamodzielnionej z opiekunem usamodzielnienia**

|  |  |
| --- | --- |
| Obszar współpracy | Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia |
|  |  |

Podpis osoby usamodzielnianej Podpis opiekun Podpis dyrektora PCPR

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

Data………………………………..

**Zobowiązuję się do:**

**-realizacji ustaleń zawartych w indywidualnym programie usamodzielnienia,**

**-przedkładania co pół roku zaświadczenia potwierdzającego kontynuowanie nauki.**

Podpis osoby usamodzielnianej Podpis opiekuna

……………………………………….. ……………………………………

Data …………………………………

Indywidualny program usamodzielnienia będzie monitorowany do czasu zakończenia jego realizacji.

Podstawa prawna:

 Zgodnie z art. 144 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i rodzinnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2016r. poz. 575) osoby usamodzielniane są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał pomoc, o której mowa w art. 140 ust. 1 pkt 1 lit. b i c, o każdej zmianie ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do tych świadczeń.

Na podstawie art. 145 ww. ustawy warunkiem przyznania pomocy na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie jest złożenie wniosku oraz posiadanie zatwierdzonego indywidualnego programu usamodzielnienia (…).

**V. Modyfikacja indywidualnego programu usamodzielnienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zadanie ujęte w planie działań osoby usamodzielnianej | Zakres zmian | Uzasadnienie | Termin | Spodziewane efekty |
|  |  |  |  |  |  |

Podpis osoby usamodzielnianej Podpis opiekun Podpis dyrektora PCPR

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

Data………………………………..

**VI. Ocena końcowa realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia**

1. Stopień zrealizowania przyjętych celów ogólnych.

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

2. Niezrealizowane cele ogólne.

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

3. Trudności w realizacji programu.

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

4. Obecna sytuacja osoby.

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

5. Wnioski

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

Podpis osoby usamodzielnianej Podpis opiekun Podpis dyrektora PCPR

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

Data………………………………..