

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

Ustawa o pomocy społecznej

sporządzony w dniu przez:

1. osobę usamodzielnianą
2. opiekuna usamodzielnienia
3. pracownika PCPR

I. DANE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania (obecny):

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w placówce:
.....
.....

Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej:

Osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, jeżeli tak, to proszę podać stopień oraz okres na jaki zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności
.....

II. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU PLACÓWKI

RODZAJ PLACÓWKI¹: dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie/dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży/okręgowy ośrodek wychowawczy/zakład poprawczy/schronisko dla nieletnich/specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy/specjalny ośrodek wychowawczy/młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę/młodzieżowy ośrodek wychowawczy

- 1) Adres placówki:
.....
- 2) Data umieszczenia wychowanka/ki:
- 3) Podstawa umieszczenia (sygn. akt, data):
.....
.....

¹ podkreśl właściwy rodzaj placówki

4) Okres pobytu w placówce:
.....
.....

5) Okres pobytu w innej placówce:
.....

III. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU PIECZY ZASTĘPCZEJ zgodnie z ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej /Dz. U. z 2023r., poz. 1426 ze zm./

PIECZA ZASTĘPCZA²: rodzina zastępcza spokrewniona/ rodzina zastępcza niezawodowa/ rodzina zastępcza zawodowa/ rodzinny dom dziecka/ placówka opiekuńczo-wychowawcza/ regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna.

1) Adres rodziny zastępczej/placówki:
.....

2) Data umieszczenia wychowanka/ki:

3) Podstawa umieszczenia (sygn. akt, data):
.....
.....

4) Okres pobytu w pieczy zastępczej:
.....
.....

5) Okres pobytu w innej rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo-wychowawczej:
.....
.....

6) Powiat właściwy do ponoszenia wydatków na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie³:

7) Powiat właściwy ze względu na planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej:
.....

² podkreśl właściwy rodzaj pieczy zastępczej

³ Powiat właściwy ze względu na miejsce zamieszkania dziecka przed umieszczeniem go po raz pierwszy w pieczy zastępczej; Kierownik tego PCPR informuje powiat właściwy ze względu na planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej o zamiarze osiedlenia się tej osoby w miejscowości wskazanej w IPU oraz przesyła mu kopię tego programu i informacje o opiece i opiece usamodzielniania.

8) Zakres i rodzaj pomocy oferowanej osobie usamodzielnianej przez rodzinę zastępczą/placówkę:

.....

.....

.....

III. DANE O RODZINIE BIOLOGICZNEJ

w tym: formy kontaktu, sposób zaangażowania w proces usamodzielnienia, możliwości wsparcia.

Matka:

.....

.....

.....

Ojciec:

.....

.....

.....

Rodzeństwo:

.....

.....

.....

Inne osoby zaangażowane w proces usamodzielnienia wychowanka:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. ELEMENTY INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA I SPOSÓB REALIZACJI ZADAŃ PRZEZ OSOBĘ USAMODZIELNIANĄ

Zadania do realizacji	Sposoby, formy realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, osoby uczestniczące (opiekun usamodzielnienia, pracownik PCPR itp.)	Planowana data realizacji zadania
W zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych	1. Plany i sposób uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych: - mieszkanie chronione - wynajem mieszkania..... - mieszkanie socjalne/komunalne - internat, bursa - inne 2. Sposób uzyskania pomocy w zdobyciu odpowiednich warunków mieszkaniowych i osoby wspomagające:	
W zakresie uzyskania wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych	1. Szkoły ukończone: 2. Kontynuacja nauki: 3. Planowane szkoły do realizacji, kursy, przygotowanie zawodowe:	

		
W zakresie podjęcia zatrudnienia	1. Planowany czas podjęcia zatrudnienia, preferencje, posiadane szkolenia 2. Sposób uzyskania pomocy w zdobyciu odpowiedniego zatrudnienia i osoby/instytucje wspomagające:	
W zakresie uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego	1. Forma uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego:	
Inne zadanie do realizacji nie wskazane powyżej		

V. ZAKRES, RODZAJ I TERMINY UZYSKANIA USTAWOWYCH ŚWIADCZEŃ:

RODZAJ POMOCY	ZAKRES POMOCY (w tym kwota, przeznaczenie, jednorazowo lub w ratach)	PLANOWANY TERMIN UZYSKANIA
Pomoc na kontynuowanie nauki		
Pomoc na usamodzielnienie		
Pomoc na zagospodarowanie		

VI. ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ Z OPIEKUNEM USAMODZIELNIENIA NIE ZAWARTY W PROGRAMIE USAMODZIELNIENIA

modyfikowanie IPU podopiecznego w przypadku zmiany jego sytuacji życiowej, po zakończeniu realizacji IPU osoba usamodzielniana wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem PCPR dokonują oceny końcowej procesu usamodzielnienia podopiecznego, a także:

.....

.....

.....

.....

VII. ZOBOWIĄZANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

1. Zobowiązuje się do informowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu o każdej zmianie w mojej sytuacji materialnej, zawodowej, zdrowotnej, rodzinnej i mieszkaniowej oraz o każdej zmianie adresu zamieszkania;
2. Oświadczam, że powyższe podane informacje są zgodne z prawdą. Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za udzielanie fałszywych informacji zgodnie z art. 233 § 1 i 2 kodeksu karnego;
3. Zobowiązuje się do realizacji poszczególnych celów programu;
4. Oświadczam, że przyznaną pomoc na usamodzielnienie i zagospodarowanie wykorzystam zgodnie z decyzjami i przedstawię faktury/rachunki potwierdzające zakup poszczególnych artykułów;
5. Zobowiązuje się do dostarczenia na początku każdego semestru zaświadczenia szkolnego potwierdzającego fakt kontynuowania nauki. W przypadku nie dostarczenia w/w zaświadczenia zostałam/em poinformowany o wszczęciu postępowania w sprawie uchylenia niniejszego świadczenia;
6. Zobowiązuje się do regularnego uczestnictwa w zajęciach szkolnych i osiągnięcia co najmniej 50% frekwencji na zajęciach szkolnych. W przypadku nie dotrzymania zobowiązania zostałam/em poinformowany o możliwości uchylenia pomocy oraz stwierdzeniu ewentualnych nienależnie pobranych świadczeń;

Powyższe ustalenia przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się stosować:

Miejscowość i data

Osoba usamodzielniana
(podpis)

Opiekun usamodzielnienia
(podpis)

Pracownik PCPR
(pieczęć i podpis)

Zatwierdzam indywidualny program usamodzielnienia p. sporządzony

w dniu

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR
właściwego do ponoszenia wydatków
na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki
i na usamodzielnienie

Do niniejszego indywidualnego programu usamodzielnienia załącza się druki:

- *wskazanie opiekuna usamodzielnienia*

- *prawa i obowiązki związane z usamodzielnieniem wraz z tabelą nr 1*

opracowane w dniu przez osobę usamodzielnianą i jej opiekuna usamodzielnienia.

*Osoba usamodzielniana otrzymała kserokopię niniejszego Indywidualny Program Usamodzielnienia potwierdzoną za zgodność z oryginałem.