Indywidualny Program Usamodzielnienia
wychowanki/a MOW, MOS, SOSW, SOW, ZP, DPS, DSM

……

(data sporządzenia IPU)

Część I

1. Dane osoby usamodzielnianej

Imię i nazwisko …….

Data i miejsce urodzenia ……

PESEL: ……...

Telefon kontaktowy ……...

Adres zamieszkania ……..

Adres zameldowania …….

Adres zamieszkania przed skierowaniem do MOW, MOS, SOSW, SOW, ZP, DPS, DSM

……

……

……

Planowane miejsce osiedlenia się po opuszczeniu placówki ……

Planowany termin usamodzielnienia się ……..

2. Informacja o miejscach pobytu osoby usamodzielnianej:

A) Informacje dotyczące placówki opuszczanej przez wychowanka/ę.

1. Nazwa placówki ……
2. Adres …….
3. Data umieszczenia wychowanka/i w placówce …… postanowienie Sądu Rejonowego w ……..…… z dnia ……..…….…… sygn. akt. ……..……
4. Data opuszczenia placówki ……..
5. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez placówkę ……...

   ……...

   ……...

   ……...

   ……...

B) Poprzednie miejsca pobytu osoby usamodzielnianej:

1. ……...
(nazwa i adres)

od ……do ……..

2. ……...
(nazwa i adres)

od ……do ……..

3. ……...
(nazwa i adres)

od ……do ……..

3. Informacje o rodzinie biologicznej.

	Matka	Ojciec
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania/ pobytu		
Rodzaj oferowanej pomocy		

4. Informacja o innych osobach oferujących pomoc w procesie usamodzielnienia.

	Osoba 1	Osoba 2
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania/ pobytu		
Rodzaj oferowanej pomocy		
Stopień pokrewieństwa		

5. Edukacja.

<u>Aktualny etap kształcenia:</u>

Pełna nazwa szkoły ……

Klasa……...

Przewidywany termin ukończenia szkoły …….

Plan dalszej edukacji:

Termin rozpoczęcia nauki …….

Typ szkoły …….

Kierunek kształcenia ……

Termin ukończenia lub planowany termin ukończenia nauki we wskazanej szkole: ……

Dodatkowe kwalifikacje zawodowe oraz ukończone kursy zawodowe:

Ukończone oraz **planowane** kwalifikacje zawodowe/kursy/szkolenia/prawo jazdy				
Nazwa i rodzaj kursu, szkolenia, organizator	Zdobyte uprawnienia, kwalifikacje	Data otrzymania uprawnień	Planowana data rozpoczęcia kursu, szkolenia	UWAGI

6. Podjęcie zatrudnienia.

Czy osoba usamodzielniana pracuje? Jeśli tak, to proszę podać nazwę i adres zakładu, stanowisko, na jakim jest się zatrudnionym oraz rodzaj umowy.

……

……

Jeżeli nie, to:

W jaki sposób zamierza poszukiwać pracy?

……

……

Od kiedy zamierza poszukiwać pracy?

……

……

7. Ubezpieczenie zdrowotne.

- nie jestem ubezpieczona/y *
- jestem ubezpieczona/y *

Rodzaj ubezpieczenia ……

Tytuł ubezpieczenia ……...

Właściwe podkreślić *

8. Sytuacja zdrowotna osoby usamodzielnianej.

- Nie jestem osobą niepełnosprawną *
- Jestem osobą niepełnosprawną*

Stopień niepełnosprawności ……....

Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności …….

- Nie leczę się specjalistycznie *
- Leczę się specjalistycznie *

Nazwa ośrodka/szpitala/przychodni

……

……

Specjalista ……..

Rodzaj schorzenia ……..

Właściwe podkreślić *

9. Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych.

Sytuacja mieszkaniowa po ukończeniu 18 roku życia

- Zamieszkanie razem z rodziną biologiczną*
- Zamieszkanie razem z rodziną zastępczą*
- Pozostanie w placówce opiekuńczo-wychowawczej*
- Wynajmę pokoju, mieszkania*
- Bursa, internat, dom akademicki*
- Inne ……

  Właściwe podkreślić *

Czy osoba usamodzielniana planuje złożenie wniosku o przydział lokalu? Jeśli tak, to proszę podać, kiedy i do jakiej gminy. Jeśli nie, proszę uzasadnić, dlaczego.

……

……

……

……

……

10. Karalność.

- Nie byłam/em karana/y*
- Byłam/em karana/y*

Data wyroku skazującego …… Sygnatura akt sprawy……..

Termin kary …… Nazwa Sądu wydającego wyrok..……..……...

Właściwe podkreślić *

11. Uzyskanie przysługujących świadczeń.

Rodzaj pomocy	Termin złożenia wniosku	Miejsce złożenia wniosku	Powiat, do którego złożony zostanie wniosek	Na jaki cel zostanie przeznaczona pomoc
Kontynuowanie nauki				
Zagospodarowanie				
Usamodzielnienie				

Część II

12. Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej oraz wskazanie szczegółowych celów procesu usamodzielnienia.

Cel Główny

Rozpoczęcie samodzielnego życia poprzez ustabilizowanie swojej sytuacji mieszkaniowej oraz sytuacji materialno-bytowej.

Cele szczegółowe

	Opis działania	Termin realizacji	Przewidywany efekt
Cel 1:			
Cel 2:			

13. Diagnoza aktualnej sytuacji osoby usamodzielnianej oraz prognoza efektów zamierzonych działań (wypełnia opiekun usamodzielnienia).

……

……

……

……

……

……

……

Część III

14. Deklaracja i zobowiązanie.

1. Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sztumie.
2. Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem usamodzielnienia w celu skutecznej realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.
3. Zobowiązuje się do dokonywania wraz z opiekunem usamodzielnienia i pracownikiem właściwego powiatowego centrum pomocy rodzinie okresowych ocen stopnia realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, a po zakończeniu jego realizacji oceny końcowej procesu usamodzielnienia.
4. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sztumie o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
5. Zapoznałam/em się z załącznikiem do niniejszego indywidualnego programu usamodzielnienia – Informacją dla osoby usamodzielnianej.

15. Zatwierdzenie Indywidualnego programu usamodzielnienia.

…… ……

(data, podpis osoby usamodzielnianej) (data, podpis opiekuna usamodzielnienia)

Zatwierdzam powyższy program usamodzielnienia

……

(data, podpis, pieczęć Kierownika PCPR)