Indywidualny Program Usamodzielnienia

.....
(data sporządzenia IPU)

Część I. – Informacje o osobie usamodzielnianej

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko ..... Numer telefonu .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL: .....

Aktualny adres zamieszkania/ pobytu .....

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej .....

.....

2. Sytuacja zdrowotna

Czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli **TAK,** to proszę o podanie rodzaju schorzenia .....

Czy osoba usamodzielniana posiada stopień niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli **TAK,** to proszę o podanie stopnia niepełnosprawności .....

oraz datę ważności orzeczenia .....

3. Sposób uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego

Czy osoba usamodzielniana przebywając w pieczy zastępczej podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?

☐ TAK ☐ NIE, podać przyczynę .....

Sposób uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego po opuszczeniu pieczy zastępczej

☐ pozostanie pod ubezpieczeniem rodziny zastępczej – do kiedy .....

☐ rejestracja w Urzędzie Pracy,

☐ podjęcie zatrudnienia,

☐ inny, jaki .....

4. Sytuacja materialno-bytowa

Czy osoba usamodzielniana na dzień złożenia IPU, posiada stałe dochody (np. renta rodzinna/ socjalna, zasiłek pielęgnacyjny, alimenty, stypendia, dochody z pracy/ majątku, inne jakie):

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to proszę podać źródło dochodów oraz jego wysokość:

- ..... - .....

- ..... - .....

Czy osoba usamodzielniana posiadany majątek (np. oszczędności, nieruchomości, mieszkania, domy, działki itd.): ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to proszę podać rodzaj majątku/ wysokość oszczędności:

- ..... - .....

- ..... - .....

5. Wykształcenie/ kwalifikacje

Aktualny etap edukacji:

- Nazwa szkoły ..... Klasa/semestr .....
- Przewidywany termin ukończenia szkoły .....

Plan dalszej nauki

- Czy osoba usamodzielniana planuje dalszą edukacje? ☐ TAK ☐ NIE
- Termin rozpoczęcia nauki ..... Typ szkoły .....
- Kierunek kształcenia ..... Ilu letnia szkoła .....

Ukończone oraz planowane kwalifikacje/ kursy zawodowe

- Nazwa kursu/ szkolenia .....
- Data rozpoczęcia/ ukończenia .....
- Zdobyte kwalifikacje .....

6. Sytuacja mieszkaniowa po ukończeniu 18 roku życia:

☐ pozostanie w rodzinie zastępczej/ placówce do .....
☐ zamieszkanie z rodziną biologiczną (podać adres: .....)
☐ zamieszkanie we własnym mieszkaniu, domu
☐ zamieszkanie w mieszkaniu treningowym
☐ wynajem mieszkania/ pokoju
☐ zamieszkanie w internacie
☐ inne, jakie? .....

Czy osoba usamodzielniana planuje złożenie wniosku o przydział lokalu? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli **TAK,** prosimy o podanie:

- Miejsce złożenia wniosku .....
- Termin złożenia wniosku .....

Jeżeli **NIE**, prosimy podać przyczynę .....

7. Podjęcie zatrudnienia (zaznacz działania, które planujesz realizować):

☐ zarejestrowanie się w Urzędzie Pracy w ....., od .....

☐ poszukiwanie pracy na otwartym rynku pracy, od .....

☐ przeglądanie ofert pracy np. w prasie, Internecie, udział w Targach Pracy itd. od .....

8. Karalność

Czy osoba usamodzielniana, została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli **TAK,** to proszę o podanie daty wyroku skazującego ....., sygnatury akt sprawy ....., nazwy Sądu wydającego wyrok .....

Część II. – Informacje o pieczy zastępczej, w której przebywa podopieczna/y

1. Rodzinna piecza zastępcza

- Imiona i nazwiska opiekunów .....
- Stopień pokrewieństwa z podopieczną/ym .....
- Forma rodzinnej pieczy zastępczej: .....
  (rodzina zastępcza spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, rodzinny dom dziecka)
- Adres zamieszkania rodziny zastępczej .....
- Data umieszczenia w pieczy zastępczej ....., zgodnie z Postanowienie Sądu Rejonowego w ....., z dnia ....., sygn. akt III Nsm ...../.....
- Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinną pieczę zastępczą: .....
  .....

2. Instytucjonalna piecza zastępcza

- Nazwa i adres placówki .....
- Data umieszczenia w POW ....., zgodnie z Postanowieniem Sądu Rejonowego w ....., z dnia ....., sygn. akt III Nsm ...../.....
- Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez POW: .....
  .....

3. Inne miejsca pobytu (miejsce oraz czas pobytu od - do):

.....

.....

4. Termin opuszczenia pieczy zastępczej

Planowany termin usamodzielnienia się .....

5. Miejsce zamieszkania po przejściu na proces usamodzielnienia (opuszczeniu pieczy zastępczej):

.....

Część III. – Informacje o opiekunie usamodzielnienia

1. Dane osobowe opiekuna:

Imię i nazwisko ..... Numer telefonu .....

Data i miejsce urodzenia .....

Aktualny adres zamieszkania .....

Stopień pokrewieństwa z osobą usamodzielnianą .....

Pozycja na rynku pracy .....

2. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia

- motywowanie do nauki oraz do ukończenia bieżącego etapu szkolnego,
- pomoc przy sporządzaniu wniosków oraz pism urzędowych,
- wsparcie w prawidłowym wydatkowaniu przyznanych środków finansowych,
- pomocy w kontaktach z rodziną biologiczną,
- pomocy w poruszaniu się po instytucjach publicznych,
- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych (np. pomoc w złożeniu wniosku),
- pomoc w podjęciu zatrudnienia (np. rejestracja w PUP, sporządzenie CV, przeglądanie ofert pracy),
- inne (jakie?) .....

Część IV. – Informacje o rodzinie biologicznej oraz innych osobach mogących wesprzeć osobę usamodzielnianą

1. Matka:

- Imię i nazwisko ....., numer telefonu .....
- Adres zamieszkania .....
- Władza rodzicielska .....
- Kontakt z osobą usamodzielnianą .....
- Warunki materialne i mieszkaniowe .....
- Zakres i rodzaj oferowanej pomocy .....

2. Ojciec:

- Imię i nazwisko ....., numer telefonu .....
- Adres zamieszkania .....
- Władza rodzicielska .....
- Kontakt z osobą usamodzielnianą .....
- Warunki materialne i mieszkaniowe .....
- Zakres i rodzaj oferowanej pomocy .....

3. Inne osoby (np. dotychczasowi opiekunowie, starsze pełnoletnie rodzeństwo, inni krewni):

Osoba nr 1

- Imię i nazwisko ....., numer telefonu .....
- Adres zamieszkania .....
- Stopień pokrewieństwa .....
- Kontakt z osobą usamodzielnianą .....
- Warunki materialne i mieszkaniowe .....
- Zakres i rodzaj oferowanej pomocy .....

Osoba nr 2

- Imię i nazwisko ....., numer telefonu .....
- Adres zamieszkania .....
- Stopień pokrewieństwa .....
- Kontakt z osobą usamodzielnianą .....
- Warunki materialne i mieszkaniowe .....
- Zakres i rodzaj oferowanej pomocy .....

Część V. – Uzyskanie przysługujących świadczeń

1. Pomoc na kontynuowanie nauki

- Czy osoba usamodzielniana planuje złożyć wniosek ☐ TAK ☐ NIE
- Data złożenia wniosku .....
- Powiat właściwy do rozpatrzenia wniosku .....
- Sposób wykorzystania .....
- Osoba mająca wpływ na należyte wykorzystanie środków: .....

2. Pomoc na usamodzielnienie

- Czy osoba usamodzielniana planuje złożyć wniosek ☐ TAK ☐ NIE
- Data złożenia wniosku .....
- Powiat właściwy do rozpatrzenia wniosku .....
- Sposób wykorzystania .....
- Osoba mająca wpływ na należyte wykorzystanie środków: .....

3. Pomoc na zagospodarowanie

- Czy osoba usamodzielniana planuje złożyć wniosek ☐ TAK ☐ NIE
- Data złożenia wniosku .....
- Powiat właściwy do rozpatrzenia wniosku .....
- Sposób wykorzystania .....
- Osoba mająca wpływ na należyte wykorzystanie środków: .....

4. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych (mieszkanie treningowe)

- Czy osoba usamodzielniana planuje złożyć wniosek ☐ TAK ☐ NIE
- Data złożenia wniosku .....
- W jaki sposób planowane jest pokrycie kosztów* związanych z utrzymaniem się w mieszkaniu treningowym .....

  .....

  .....

  .....

  * dotyczy kosztów związanych z współfinansowaniem utrzymania mieszkania treningowego oraz środków finansowych na zakup żywności, środków higienicznych, chemii domowej itp.

Część VI. – Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej oraz cele procesu usamodzielnienia

1. **Aktualna sytuacja życiowa osoby usamodzielnianej** (wypełnia opiekun usamodzielnienia)

.....

.....

.....

.....

.....

2. **Cel główny**
   a) Rozpoczęcie samodzielnego życia poprzez ustabilizowanie swojej sytuacji mieszkaniowej oraz sytuacji materialno-bytowej.
   b) Inny, jaki: .....

3. **Cele szczegółowe**

- **Cel nr 1**

  Nazwa celu .....

  Opis działania .....

  Termin realizacji .....

  Przewidywany efekt .....

- **Cel nr 2**

  Nazwa celu .....

  Opis działania .....

  Termin realizacji .....

  Przewidywany efekt .....

Część VII. – Deklaracja i zobowiązanie

1. Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sztumie.
2. Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem usamodzielnienia w celu skutecznej realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.
3. Po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia osoba usamodzielniana wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem powiatowego centrum pomocy rodzinie powiatu właściwego do ponoszenia wydatków na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie dokonują 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.

Część VIII. – Zatwierdzenie Indywidualnego Programu Usamodzielnienia

....

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

Zatwierdzam powyższy program usamodzielnienia

.....

(podpis Dyrektora PCPR)