

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA RODZINY ZASTĘPCZEJ

INFORMACJE O WYCHOWANKU:

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Dane kontaktowe Numer telefonu/e-mail	
Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w placówce/rodzinie zastępczej (dokładny adres)	
Miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki/rodziny zastępczej	

DANE EWIDENCYJNE:

Planowany termin usamodzielnienia	
Powiat właściwy ze względu na pochodzenie wychowanka	
Powiat, w którym wychowanek się usamodzielnia	

DANE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Imię i nazwisko:	
Nr telefonu:	
Adres email:	
Adres zamieszkania:	
Stopień pokrewieństwa:	

POSIADANE WYSZTAŁCENIE/KWALIFIKACJE:

Kontynuuję naukę (miejsce gdzie)	
Ukończyłem szkołę (nazwa, rok)	
Posiadam następujące kwalifikacje, kursy	

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

POSIADAM*	NIE POSIADAM*
STOPIEŃ: _____	X
RODZAJ: _____	

**zakreśl właściwie*

ŚWIADCZENIA FINANSOWE Z MOPS, ZUS, KRUS*

*zakreśl właściwie

renta rodzinna z dodatkiem dla sierot zupełnych	TAK	NIE
renta rodzinna bez dodatku dla sierot zupełnych	TAK	NIE
renta socjalna	TAK	NIE
alimenty	TAK	NIE
zasiłek pielęgnacyjny	TAK	NIE
stypendium	TAK	NIE
dochód z majątku	TAK	NIE
Pensja, wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia	TAK	NIE
Inne	TAK	NIE

KARALNOŚĆ

Czy osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe	TAK / NIE
--	-----------

DANE DOTYCZĄCE RODZINY ZASTĘPCZEJ/PLACÓWKI:

Nazwa rodziny zastępczej/placówki	
Adres zamieszkania rodziny zastępczej/placówki	
Data umieszczenia w placówce/rodzinie zastępczej (zgodnie z postanowieniem Sądu)	
POPRIEDNIE MIEJSCA POBYTU WYCHOWANKA W PIECZY ZASTĘPCZEJ: (w innej formie rodzinnej pieczy zastępczej lub innej placówce) oraz okresy pobytu:	
a) od do	
(rodzinna piecza zastępcza lub nazwa i adres placówki)	

b) od do

(rodzinna piecza zastępcza lub nazwa i adres placówki)

ZAKRES I RODZAJ POMOCY UDZIELANEJ PRZEZ RODZINĘ ZASTĘPCZĄ

--

DANE DOTYCZĄCE RODZINY NATURANEJ I ŚRODOWISKA

MATKA BIOLOGICZNA	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	

**jeżeli nieznane wpisz „brak danych na temat miejsca zamieszkania”*

OJCIEC BIOLOGICZNY	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	

**jeżeli nieznane wpisz „brak danych na temat miejsca zamieszkania”*

OSOBY I INSTYTUCJE WSPIERAJĄCE (w tym gmina)

OCENA MOŻLIWOŚCI POWROTU DO ŚRODOWISKA NATURALNEGO

Powrót do środowiska naturalnego JEST MOŻLIWY / NIE JEST MOŻLIWY*

**zakreśl właściwie*

ZADANIA, SPOSÓB I TERMINY REALIZACJI PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

Lp.	Zadania do realizacji	Sposoby i formy realizacji	Przybliżony termin realizacji	Osoba odpowiedzialna i wspomagająca
1.	W zakresie uzyskania wykształcenia	<input type="checkbox"/> szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> technikum <input type="checkbox"/> liceum <input type="checkbox"/> studium <input type="checkbox"/> studia wyższe: a. licencjat b. magisterskie <input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
2.	W zakresie podnoszenia kwalifikacji	<input type="checkbox"/> szkolenia <input type="checkbox"/> kursy *wpisać czego dotyczą, jakie? <hr/> <hr/> <hr/>		
3.	W zakresie spraw mieszkaniowych	<input type="checkbox"/> powrót do domu rodzinnego <input type="checkbox"/> mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> mieszkanie socjalne <input type="checkbox"/> wynajem <input type="checkbox"/> bursa, internat, akademik <input type="checkbox"/> kupno własnego mieszkania <input type="checkbox"/> inne: <hr/>		

4.	W zakresie podjęcia zatrudnienia	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> poprzez znajomych <input type="checkbox"/> poprzez Powiatowy Urząd Pracy <input type="checkbox"/> poprzez Internet <input type="checkbox"/> inne: <hr/>		
5.	w zakresie pomocy na zagospodarowanie	<input type="checkbox"/> materiały niezbędne do przeprowadzenia remontu i wyposażenia mieszkania <input type="checkbox"/> niezbędne urządzenia domowe <input type="checkbox"/> pomoce naukowe <input type="checkbox"/> sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> sprzęt, który może służyć do podjęcia zatrudnienia		
6.	W zakresie uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego	Formy uprawnienia zdrowotnego: <hr/> <hr/>		
7.	W zakresie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie	<input type="checkbox"/> polepszenie warunków mieszkaniowych <input type="checkbox"/> stworzenie warunków do działalności zarobkowej, w tym podnoszenia kwalifikacji zawodowych <input type="checkbox"/> pokrycie wydatków związanych z nauką <input type="checkbox"/> zaspokojenie innej ważnej potrzeby życiowej		
8.	Zgłaszane uwagi do powyższego programu	Informuję, że w razie zmian będę na bieżąco informował(a) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej.		

ZOBOWIĄZANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

- 1) Zobowiązuje się do realizacji wszystkich postanowień programu.
- 2) Zobowiązuje się do ścisłej współpracy z Opiekunem Usamodzielniania.
- 3) Zobowiązuje się do informowania organizatora pieczy zastępczej o każdej istotnej zmianie swojej sytuacji życiowej (zmiana dochodu, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana stanu cywilnego, zmiana toku nauki – **w szczególności o przerwaniu nauki**, itp.) mającej wpływ na wydaną decyzję.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowanka)

POUCZENIE

1. Pomoc pieniężna na usamodzielnienie i pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki przysługuje osobie pełnoletniej będącej wychowankiem rodziny zastępczej lub placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której została umieszczona na podstawie sądu i w której przebywała co najmniej rok.
2. Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki przysługuje osobie pełnoletniej, na czas nauki, do czasu jej ukończenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25-go roku życia.
3. Pomoc pieniężna na usamodzielnienie i na kontynuowanie nauki można zawiesić na okres do jednego roku w przypadku, gdy:
 - wystąpiły szczególne okoliczności związane z tokiem nauki, stanem zdrowia lub zdarzeniem losowym dotyczącym osoby usamodzielnianej,
 - nastąpiła przerwa w kontynuowaniu nauki w okresie między ukończeniem szkoły niższego stopnia, a rozpoczęciem nauki w szkole wyższego stopnia,
 - stwierdzi się marnotrawienie przyznanej pomocy,
 - osoba usamodzielniana nie realizuje programu usamodzielniania,
 - przeciwko osobie usamodzielnianej wszczęto postępowanie karne o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego, do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
4. Przyznaną pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki zaprzestaje się udzielać w przypadku, gdy:
 - osoba usamodzielniana kontynuuje naukę w szkole ponadgimnazjalnej, szkole ponadpodstawowej lub szkole wyższej, która zapewnia nieodpłatną naukę i nieodpłatne utrzymanie lub
 - bez uzasadnionych powodów zmieniała trzykrotnie na tym samym poziomie kształcenia szkołę lub szkołę wyższą.
5. Przyznania pomocy pieniężnej na usamodzielnienie i na kontynuowanie nauki można odmówić w przypadku, gdy:
 - istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pomoc pieniężna zostanie wykorzystana niezgodnie z celem, na jaki została przyznana,
 - osoba usamodzielniana przed osiągnięciem pełnoletności opuściła samowolnie rodzinę zastępczą lub całodobową placówkę opiekuńczo-wychowawczą,

- osoba usamodzielniana porzuci naukę umożliwiającą jej przygotowanie zawodowe i nie podejmie zatrudnienia,
- osoba usamodzielniana porzuci prace i uchyla się od podjęcia proponowanego jej zatrudnienia,
- osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za popełnienie przestępstwa z winy umyślnej.

.....
(podpis wychowanka)

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....
(podpis pracownika socjalnego/
Koordynatora rodzinnej pieczy
zastępczej)

.....
(akceptacja dyrektora PCPR)