

Indywidualny Program Usamodzielnienia

Imię i nazwisko osoby usamodzielniającej się :

.....

Data urodzenia :

Adres pobytu :

.....

Kontakt telefoniczny:

Opiekun usamodzielnienia:

***Zobowiązuję się do realizacji poszczególnych postanowień mojego programu
usamodzielnienia:***

.....

miejsowość, dnia

.....

podpis osoby usamodzielnianej

.....

podpis opiekuna usamodzielnienia

Zatwierdzenie programu

Dn.

.....

Podpis Dyrektora PCPR

Opiniuję pozytywnie

.....

1. Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem:

Rodzice:

Mama – Tata

Nazwisko i imię

Miejsce zamieszkania:

Kontakt (prosimy o określenie wzajemnych relacji, czy może Pan / Pani liczyć na wsparcie, pomoc ze strony rodziców) :

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzeństwo:

Nazwisko i imię, miejsce zamieszkania:

.....

.....

.....

.....

Kontakt:.....

.....

.....

.....

.....

Dziadkowie

Nazwisko i imię, miejsce zamieszkania:

.....

.....

Kontakt:.....
.....
.....

Opiekun usamodzielnienia:

Nazwisko i imię:.....
Miejsce zamieszkania:.....
Kontakt:.....
.....
.....

Inne bliskie osoby:

Nazwisko i imię:.....
Kim dla Pana \ Pani jest wskazana osoba.....
Miejsce zamieszkania
Kontakt:.....
.....
.....

Czy oczekuje Pan \Pani wsparcia w kontaktach z rodziną: TAK \ NIE

Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli

Forma wsparcia	Terminy realizacji

2. Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej:

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji (termin planowanego zakończenia nauki)
1	Czy obecnie się uczysz? TAK \ NIE Jeśli tak podaj nazwę, adres szkoły	
2	Czy chciałabyś \chciałbyś uczyć się dalej? TAK \ Nie Jeśli tak podaj nazwę szkoły, jak długo trwa nauka?	

3. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych:

Jakie ukończyłaś / eś kursy zawodowe?

.....
.....
.....
.....

Jakie posiadasz umiejętności (np. czy umiesz obsługiwać komputer, gotować, piec, robisz na drutach ...) ?

.....
.....
.....
.....

Czy kiedykolwiek pracowałaś / eś (przebyte praktyki, staże, prace dorywcze, wakacyjne, „na czarno”) ?

.....
.....
.....
.....

Czy planujesz ukończyć jakieś kursy? TAK / Nie

Jeśli tak wypełnij poniższą tabelę.

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji (termin planowanego zakończenia nauki)
1		
2		
3		

4. Ustalenie uprawnień ubezpieczenia zdrowotnego.

Czy jesteś ubezpieczona /ny (czy masz prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej) ?

TAK / NIE

Jeśli tak to z jakiego tytułu?

.....

Jeśli nie wypełnij poniższą tabelę.

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji
1		
2		
3		

Czy jesteś zdrowa / zdrowy? TAK / NIE

Jeśli nie to czy posiadasz jakieś orzeczenie o stanie zdrowia (orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o grupie inwalidzkiej):

.....

.....

Czy wymagasz stałego leczenia ?

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji
1		
2		
3		

5. Czy zamierzasz się osiedlić w powiecie innym niż miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w placówce lub rodzinie zastępczej ? TAK / NIE

Jeśli tak podaj nazwę powiatu, miejscowości, rodzaju lokalu w jakim chcesz zamieszkać :

.....

.....

.....

.....

6. Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych

Miejsce aktualnego zamieszkania	
Miejsce zameldowania (czasowe, na stałe)	
Czy zamierzasz zamieszkać: - u rodziców - u dziadków - u innej osoby (jakiej)	
Inne możliwości: -mieszkanie chronione -wynajem pokoju -uzyskanie mieszkania socjalnego - bursa, internat	

Działania, które należy podjąć aby uzyskać odpowiednie warunki mieszkaniowe:

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji
1		
2		
3		

7. Podjęcie zatrudnienia

Czy obecnie pracujesz ? TAK / NIE

Jeśli **tak**, to gdzie, w jakim wymiarze i na jaki okres została podpisana umowa o pracę ?

.....

Jeśli **nie**, to co zrobisz, jakie podejmiesz działania aby znaleźć pracę a jakie aby podwyższyć swoje kwalifikacje zawodowe ?

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji
1		
2		
3		
4		

8. Uzyskanie przysługujących świadczeń

Czy masz jakieś dochody (renta rodzinna, inwalidzka, alimenty, wynagrodzenie za pracę, wynagrodzenie za praktyczną naukę zawodu) ? Jeśli tak to jakie i w jakiej wysokości ?

Czy posiadasz jakieś zasoby materialne (rzeczy osobiste, wyposażenie domu np. meble, sprzęt lub nieruchomości) ? Jeśli tak to jakie ?

Lp.	Plan podejmowanych działań	Termin realizacji
1	uzyskanie pomocy finansowej na kontynuowanie nauki - wysokość	
2	uzyskanie pomocy na zagospodarowanie - wysokość..... - zakres (na co chcesz przeznaczyć pomoc?).....	
3	uzyskanie pomocy na usamodzielnienie - wysokość	po ukończeniu nauki
	- zakres (na co chcesz przeznaczyć pomoc?)
	
	- wypłata jednorazowa czy w ratach?	
4	uzyskanie innej pomocy	