

# Indywidualny Program Usamodzielnienia

.....  
(imię i nazwisko usamodzielnianego wychowanka)

Sporządzono dnia:.....

## Część I – Informacyjna

### Informacje o osobie usamodzielnianej:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Telefon:.....
3. Data i miejsce urodzenia:.....
4. PESEL:.....
5. Seria i numer dowodu osobistego:.....
6. Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej/placówce:  
.....  
.....

### Dane opiekuna usamodzielnienia:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Telefon:.....
3. Adres zamieszkania/ telefon:.....
4. Stopień pokrewieństwa/ stanowisko:.....

### Dane dotyczące rodziny naturalnej:

#### 1. Matka

imię i nazwisko:.....  
miejsce zamieszkania:.....  
na jaką pomoc możesz liczyć ze strony matki:.....  
.....

#### 2. Ojciec

imię i nazwisko:.....  
miejsce zamieszkania:.....  
na jaką pomoc możesz liczyć ze strony ojca:.....  
.....

**3. Inne osoby spokrewnione lub znaczące dla osoby usamodzielnianej**

imię i nazwisko:.....

miejsce zamieszkania: .....

na jaką pomoc możesz liczyć:.....

.....

**Dane dotyczące rodziny zastępczej/placówki:**

1. Dane rodziny zastępczej/placówki, w której osoba usamodzielniana przebywa:

.....

2. Adres:.....

3. Stopień pokrewieństwa:.....

4. Data umieszczenia w pieczy zastępczej/placówce:.....

postanowienie Sądu Rejonowego w.....

z dnia.....sygn. akt.....

5. Poprzednie miejsca pobytu usamodzielnianego w pieczy zastępczej (w innej rodzinie zastępczej lub w placówce) oraz czas przebywania:

a) ..... od.....do.....  
(rodzina zastępcza lub nazwa i adres placówki)

b) ..... od.....do.....  
(rodzina zastępcza lub nazwa i adres placówki)

c) ..... od.....do.....  
(rodzina zastępcza lub nazwa i adres placówki)

**Informacje o kontynuowaniu nauki:**

1. Aktualny etap kształcenia:

a) pełna nazwa szkoły wraz z adresem.....

.....

.....

b) klasa.....

c) semestr.....

d) profil.....

e) przewidywany termin ukończenia.....

f) inne posiadane kwalifikacje/uprawnienia.....

.....

**Sytuacja materialna i majątkowa osoby usamodzielnianej:**

1. Posiadane dochody:

Alimenty:.....

Renta rodzinna:.....  
Zasiłek pielęgnacyjny:.....  
Inne, majątek:.....  
.....

**Sytuacja zdrowotna osoby usamodzielnianej:**

1. Lekarz pierwszego kontaktu.....
2. Czy występuje konieczność leczenia specjalistycznego ?  
tak           nie  
Jeśli tak, to jakie i czy osoba usamodzielniana pozostaje pod stałą opieką lekarską:  
.....
3. Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?  
tak           nie  
Jeśli tak, to na jaki okres zostało wydane i przyznany stopień niepełnosprawności:  
.....
4. Czy osoba usamodzielniana jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym ?  
tak           nie
5. Inne istotne informacje związane z sytuacją zdrowotną osoby usamodzielnianej:  
.....

**Część II – Plan podejmowanych działań**

**Termin usamodzielnienia**

.....  
(miesiąc, rok)

**Sytuacja mieszkaniowa osoby usamodzielnianej:**

1. Jako usamodzielniany wychowanek po opuszczeniu pieczy zastępczej zamierzam osiedlić się:  
Ulica.....  
Nr domu/ nr mieszkania.....  
Miejscowość.....  
Kod pocztowy.....  
Powiat.....  
Województwo.....

### **Edukacja:**

- 1 Kontynuacja nauki – typ szkoły.....  
.....  
.....
2. Szkolenia – rodzaj szkoleń.....  
.....
3. Kursy językowe.....  
.....

### **Sytuacja zawodowa:**

1. Planowany termin podjęcia zatrudnienia.....  
(miesiąc, rok)
2. Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy w przypadku braku zatrudnienia  
.....  
(miesiąc, rok)

### **Uzyskanie przysługujących świadczeń**

<b>Forma</b>	<b>Powiat realizujący</b>	<b>Data realizacji świadczenia (miesiąc, rok)</b>	<b>Przeznaczenie pomocy</b>
<b>Pomoc na kontynuowanie nauki</b>			
<b>Pomoc na usamodzielnienie</b>			
<b>Pomoc na zagospodarowanie</b>			

### **USTALENIA DODATKOWE**

Jestem świadomy/a, że zgodnie z Ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wpieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:

Art. 147. Pomoc na kontynuowanie nauki **nie przysługuje** w przypadku, gdy osoba usamodzielniana:

1. Kontynuuje naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub uczelni, która zapewnia nieodpłatną naukę i nieodpłatne pełne utrzymanie;
2. Bez uzasadnionych powodów zmieniła trzykrotnie, na tym samym poziomie kształcenia, szkołę, zakład kształcenia nauczycieli lub uczelnię, kurs lub przygotowanie do wykonywania zawodu;
3. Została umieszczona w zakładzie karnym.

Art. 148. Pomoc na kontynuowanie nauki można zawiesić w przypadku, gdy:

1. W trakcie kształcenia w zakładzie kształcenia nauczycieli lub w uczelni osoba usamodzielniana przebywa na urlopie od zajęć.
2. Osoba usamodzielniana nie realizuje indywidualnego programu usamodzielnienia.

Art. 152. Przyznania pomocy na kontynuowanie nauki, na usamodzielnienie lub na zagospodarowanie można odmówić w przypadku, gdy:

1. Istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pomoc zostanie wykorzystana niezgodnie z celem, na jaki została przyznana;
2. Osoba usamodzielniana przed osiągnięciem pełnoletności opuściła samowolnie pieczę zastępczą;
3. Osoba usamodzielniana porzuciła naukę umożliwiającą jej przygotowanie zawodowe i nie podejmuje zatrudnienia;
4. Stosunek pracy z osobą usamodzielnianą został rozwiązany bez wypowiedzenia z winy pracownika;
5. Osoba usamodzielniana bez uzasadnionej przyczyny uchyla się od podjęcia proponowanego jej zatrudnienia;
6. Osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

Opiekun usamodzielnienia wraz z usamodzielnianym wychowankiem zostali poinformowani o swoich obowiązkach, uprawnieniach i rodzajach pomocy zgodnie z Ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Usamodzielniany wychowanek zobowiązuje się do realizacji ustaleń w zakresie indywidualnego programu usamodzielnienia, oraz do niezwłocznego informowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do nabytych świadczeń.

.....  
*data i podpis opiekuna osoby usamodzielnianej*

.....  
*data i podpis osoby usamodzielnianej*

Sprawdzono pod względem merytorycznym

.....  
*podpis pracownika*  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie

Akceptuję:

Zatwierdzam:

.....  
*podpis Kierownika Działu Świadczeń*  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie

.....  
*podpis Dyrektora*  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie