

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

CZEŚĆ 1

I. Dane osoby usamodzielnianej:

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

telefon:.....

II. Dane ewidencyjne:

Data złożenia indywidualnego programu usamodzielnienia.....

Dane opiekuna usamodzielnienia.....

Planowany termin opuszczenia pieczy zastępczej.....

Planowany termin usamodzielnienia.....

Powiat udzielający:

- pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie.....

- pomocy na zagospodarowanie.....

III. Informacja o miejscach pobytu osoby usamodzielnianej w pieczy zastępczej

Imię i nazwisko oraz adres rodziny zastępczej lub nazwa i adres placówki w której osoba usamodzielniana przebywała bezpośrednio przed rozpoczęciem procesu usamodzielnienia

.....

Podstawa umieszczenia:

Postanowienie Sądu Rejonowego w..... z dnia..... sygn. akt.....

Czy osoba usamodzielniana przebywała w innych rodzinach zastępczych lub placówkach

Tak Nie Jeśli tak, to w jakich i jakich

okresach:

1).....

2).....

3).....

4).....

IV. Dane rodziców biologicznych osoby usamodzielnianej

Matka biologiczna

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj kontaktów osoby usamodzielnianej z rodzicem

.....

Ojciec biologiczny

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj kontaktów osoby usamodzielniającej z rodzicem

.....

Inne ważne osoby dla osoby usamodzielniającej

Imię i Nazwisko

.....

.....

.....

CZEŚĆ 2

DIAGNOZA SYTUACJI USAMODZIELNIANEGO WYCHOWANKA

1. Potencjał osobisty, zasoby, umiejętności, wiedza istotne dla procesu usamodzielnienia

2. Zasoby środowiska wspierające usamodzielnienie

3. Deficyty i ograniczenia osobiste utrudniające proces usamodzielnienia

4. Bariery i zagrożenia znajdujące się w środowisku osoby usamodzielniającej

CZEŚĆ 3

KARTA „KOLEJNOŚĆ CELÓW” IPU

Cel główny: usamodzielnienie

I etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

II etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

III etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

IV etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

V etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

VI etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

| |
|--|
| |
|--|

VII etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

VIII etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

XIX etap:

Cele do osiągnięcia w pierwszej kolejności w okresie od do

Zobowiązania osoby usamodzielnianej

1. Oświadczam, że przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za realizację i przybliżony termin przyjętych w programie usamodzielnienia zobowiązań.
2. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Opiekunem Usamodzielnienia
3. Zobowiązuję się do informowania pracownika socjalnego o każdej istotnej zmianie mojej sytuacji życiowej (zmiana dochodu, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana stanu cywilnego, zmiana toku nauki itp.) mającej wpływ na wydaną decyzję.

Zobowiązania opiekuna usamodzielnienia

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia,
3. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie,
4. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą,
5. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz o po-moc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej.
6. Zobowiązanie się do wspierania wychowanka w trakcie trwania całego procesu usamodzielnienia.

.....
Data i podpis osoby usamodzielnianej.....
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia.....
Data i podpis pracownika PCPR/wychowawcy placówki.....
Data i podpis kierownika działu pieczy zastępczej PCPR

Osoba zatwierdzająca program usamodzielnienia

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR

CZEŚĆ IV:

Plan działania w Indywidualnym Programie Usamodzielnienia
dla Pani/a.....

Nr karty.....

Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia.....

Data wypełnienia.....

Cel główny: usamodzielnienie

Cele szczegółowe etapu..... realizowane w okresie od..... do.....

| |
|--|
| |
|--|

| Nr celu | Działania do zrealizowania | Kto realizuje działanie | Termin realizacji działań | Uwagi wpisane w trakcie realizacji działań |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Załącznikiem do niniejszego planu działania jest diagnoza i karta kolejności celów.

Ocena zaplanowanych działań nastąpi w dniu:.....

Plan działań do kolejnych etapów zostanie przyjęty po zakończeniu tego etapu i dokonaniu oceny jego realizacji, jako modyfikacja programu usamodzielnienia (art. 145.ust.6)

.....
Data i podpis osoby usamodzielnianej

.....
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Data i podpis pracownika PCPR/wychowawcy placówki

.....
Data i podpis kierownika działu pieczy zastępczej PCPR

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR

CZEŚĆ V

OCENA OKRESOWA PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

| | Dane osoby usamodzielniającej |
|---|---|
| Imię i nazwisko | |
| Data urodzenia | |
| Adres zamieszkania | |
| Telefon | |
| Opiekun usamodzielnienia (należy wpisać dane wszystkich osób, które do tej pory pełnili rolę opiekuna usamodzielnienia oraz okres czasu przez który pełnili ww. funkcje – zaczynając od osoby, która aktualnie jest wyznaczona na opiekuna usamodzielnienia) | <p>..... (imię i nazwisko) w okresie od do.....</p> <p>..... (imię i nazwisko) w okresie od do.....</p> <p>..... (imię i nazwisko) w okresie od do.....</p> |
| Członkowie wspólnie prowadzonego gospodarstwa domowego | |

Indywidualny Program Usamodzielnienia z dnia.....

Data wypełnienia okresowej oceny IPU

Ocena realizacji Programu z karty nr

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis osoby usamodzielniającej

.....
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Data i podpis pracownika PCPR/wychowawcy placówki

.....
Data i podpis kierownika działu pieczy zastępczej PCPR

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR

CZEŚĆ VI

Modyfikacja realizacji Indywidualnego Programie Usamodzielnienia z karty nr
dla Pani/a.....

Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia.....

Data wypełnienia.....

Cel główny: usamodzielnienie

Cele szczegółowe etapu realizowane w okresie od..... do.....

| |
|--|
| |
|--|

| Nr celu | Działania do zrealizowania | Kto realizuje działanie | Termin realizacji działań | Uwagi wpisane w trakcie realizacji działań |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Załącznikiem do niniejszego planu działania jest diagnoza i karta kolejności celów.

.....
Data i podpis osoby usamodzielnianej

.....
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Data i podpis pracownika PCPR/wychowawcy placówki

.....
Data i podpis kierownika działu pieczy zastępczej PCPR

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR

CZEŚĆ VII

OCENA KOŃCOWA PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

| | Dane osoby usamodzielnionej |
|---|--|
| Imię i nazwisko | |
| Data urodzenia | |
| Adres zamieszkania | |
| Telefon | |
| Opiekun usamodzielnienia (należy wpisać dane wszystkich osób, które do tej pory pełnili rolę opiekuna usamodzielnienia oraz okres czasu przez który pełnili ww. funkcje – zaczynając od osoby, która aktualnie jest wyznaczona na opiekuna usamodzielnienia) | (imię i nazwisko) w okresie od do..... (imię i nazwisko) w okresie od do..... (imię i nazwisko) w okresie od do..... |
| Członkowie wspólnie prowadzonego gospodarstwa domowego | |

Indywidualny Program Usamodzielnienia z dnia.....

Data wypełnienia końcowej oceny IPU

Ocena realizacji Programu z karty nr

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

.....
Data i podpis osoby usamodzielnionej

.....
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
Data i podpis pracownika PCPR/wychowawcy placówki

.....
Data i podpis kierownika działu pieczy zastępczej PCPR

.....
Data i podpis Dyrektora PCPR