Załącznik do Zarządzenia Nr 32/2021

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku

z dnia 12.07.2021 r.

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA**

***(wypełnia osoba usamodzielniana wraz z opiekunem usamodzielnienia w obecności koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej/psychologa/wychowawca placówki/pracownika socjalnego****)*

**I**. **DANE EWIDENCYJNE:**

* Planowany termin usamodzielnienia……………………………………………………………………..
* Powiat usamodzielnienia………………………………………………………………………………………..
* Gmina usamodzielnienia…………………………………………………………………………………………

**II. INFORMACJE O WYCHOWANKU:**

* Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………………………………..
* Data urodzenia…………………………………………………………………………………………………………
* Miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………………..
* Numer telefonu / e-mail…………………………………………………………………………………………
* Miejsce stałego zameldowania……………………………………………………………………………….
* Miejsce obecnego zamieszkania……………………………………………………………………………..
* Źródła dochodu osoby usamodzielnianej……………………………………………………………….

**III. DANE DOTYCZĄCE PRZEBYWANIA W RZ / RDD / PLACÓWCE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa, adres** | **Podstawa umieszczenia** | **Okres przebywania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IV.** **DANE DOTYCZĄCE RODZINY BIOLOGICZNEJ**

**Matka:**

* imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………….
* miejsce zamieszkania i numer telefonu…………………………………………………………………

ulica…………………………………... nr domu……………… nr mieszkania……………………………………….

* warunki mieszkaniowe…………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* warunki materialne…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* rodzaj kontaktów z rodzicem biologicznym……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez matkę…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Ojciec:**

* imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………….
* miejsce zamieszkania i numer telefonu..................................................

ulica…………………………………... nr domu……………… nr mieszkania……………………………………….

* warunki mieszkaniowe…………………………………………………………..........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* warunki materialne………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* rodzaj kontaktów z rodzicem biologicznym…………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez ojca…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**3. Osoby znaczące dla wychowanka w szczególności rodzeństwo i krewni**

* imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………...
* miejsce zamieszkania……………………………………………………………………………………………..

ulica……………………………………nr domu………………nr mieszkania…………………………………………

* zakres i rodzaj oferowanej pomocy……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**V. DANE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA I POSIADANYCH KWALIFIKACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkoły / kursu / szkolenia** | **Posiadane kwalifikacje zawodowe** | **Data ukończenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**VI. USTALENIE UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy osoba usamodzielniana posiada ubezpieczenie zdrowotne? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □tak □ nie |

Proszę podać z jakiego tytułu……………………………………………………………………………………………

**VII. SYTUACJA ZDROWOTNA OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

* Nazwa i adres przychodni …………………………………………………………………………………….
* Imię i nazwisko lekarza I kontaktu / specjalisty……………………………………………………
* Orzeczony stopień niepełnosprawności osoby usamodzielnianej………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Termin obowiązywania orzeczenia…………………………………………………………………………

**VIII. Opiekun usamodzielnienia**

* imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………….
* adres kontaktowy, telefon……………………………………………………………………………………..
* stopień pokrewieństwa……………………………………………………………………………………………

**IX. OPIS SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

|  |
| --- |
| **Sytuacja rodzinna, mieszkaniowa, edukacyjna, materialna, prawna** |
|  |
| **Mocne strony i możliwości osoby usamodzielnianej pozwalające na właściwą realizację procesu usamodzielnienia** |
|  |
| **Ograniczenia, dysfunkcje, bariery powodujące utrudnienia w realizacji procesu usamodzielnienia** |
|  |

**X. CELE PROCESU USAMODZIELNIENIA**

Cel główny:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Cele szczegółowe:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**XI. PLANOWANE KORZYSTANIE Z PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pomoc na kontynuowanie nauki** | |
| Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □ tak □ nie |
| *w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania* | |
| Planowany termin złożenia wniosku |  |
| **Pomoc na usamodzielnienie** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na usamodzielnienie? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □ tak □ nie |
| *w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania* | |
| Planowany termin złożenia wniosku |  |
| Planowane przeznaczenie pomocy na usamodzielnienie |  |
| **Pomoc na zagospodarowanie** | |
| Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na zagospodarowanie? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □ tak □ nie |
| *w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania* | |
| Planowany termin złożenia wniosku |  |
| Planowane przeznaczenie pomocy na zagospodarowanie |  |
| **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych** | |
| Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □ tak □nie |
| Jeżeli tak to kiedy i w jakiej formie? |  |
| **Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia** | |
| Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu zatrudnienia? | *należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat*  □ tak □ nie |
| Jeżeli tak to kiedy i w jakiej formie? |  |

**XII. SPOSÓB REALIZACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zadania do realizacji przez osobę usamodzielnianą** | **Data realizacji** | **Osoby i instytucje wspierające** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**ZOBOWIĄZANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ**

* Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku.
* Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem programu usamodzielnienia i pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku w celu skutecznej realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.
* Zobowiązuję się do poinformowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku  
  w Słupsku o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
* Program usamodzielnienia wychowanka został opracowany dnia………………………………

Niniejszy indywidualny program usamodzielnienia został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**………………………………………... …………………..………………………..**

**(podpis osoby usamodzielnianej) (podpis opiekuna usamodzielnienia)**

**…...........................................  
 (sporządzono w obecności)**

**…..............................................................  
 (podpis Dyrektora MOPR)**

Oświadczam, że posiadam kopię mojego indywidualnego programu usamodzielnienia￹

…………………………………………………

**(podpis osoby usamodzielnianej)**