

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA**  
**opracowany przez wychowanka usamodzielnianego wspólnie z opiekunem**  
**usamodzielnienia**

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

.....  
(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

**CZĘŚĆ I - INFORMACYJNA****I. Informacje o wychowanku:**

1. Imię i nazwisko	
2. Data urodzenia	
3. Miejsce urodzenia	
4. Miejsce zamieszkania	
5. PESEL	
6. Miejsce stałego zameldowania	
7. Ukończone szkoły	1. 2. 3.
8. Inne posiadane kwalifikacje i uprawnienia, kursy, szkolenia.	1. 2. 3.

**II. Dane ewidencyjne:**

1. Data złożenia indywidualnego programu usamodzielnienia	
2. Planowany termin usamodzielnienia	
3. Powiat udzielający pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie	
4. Powiat udzielający pomocy rzeczowej na zagospodarowanie	
5. Gmina, Powiat w której wychowanek usamodzielnia się:	

### III. Dane dotyczące placówki w której wychowanek usamodzielnia się:

1. Nazwa placówki	
3. Adres	
4. Podstawa umieszczenia	
5. Data przyjęcia do placówki	
6. Okres pobytu w innych rodzinach zastępczych/placówkach*	1.
	2.
	3.

\* niepotrzebne skreślić

### IV. Dane dotyczące rodziny naturalnej:

#### 1. Matka wychowanka/i:

1	imię i nazwisko	
2	miejsce zamieszkania	
3	data urodzenia	
4	warunki materialne	
5	warunki mieszkaniowe	
6	zakres i rodzaj pomocy oferowany przez matkę	1. 2. 3.

#### 2. Ojciec wychowanka/i:

1	imię i nazwisko	
2	miejsce zamieszkania	
3	data urodzenia	
4	warunki materialne	
5	warunki mieszkaniowe	
6	zakres i rodzaj pomocy oferowany przez ojca	1. 2. 3.

### 3. Inne osoby spokrewnione lub znaczące dla wychowanka/i:

1	imię i nazwisko	
2	stopień pokrewieństwa	
3	miejsce zamieszkania	
4	data urodzenia	
5	warunki materialne	
6	warunki mieszkaniowe	
7	zakres i rodzaj oferowanej pomocy	1. 2. 3.

1	imię i nazwisko	
2	stopień pokrewieństwa	
3	miejsce zamieszkania	
4	data urodzenia	
5	warunki materialne	
6	warunki mieszkaniowe	
7	zakres i rodzaj oferowanej pomocy	1. 2. 3.

### V. Charakterystyka środowiska, w którym usamodzielnia się wychowanek/a:

#### 1. Osoby i instytucje wspierające:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa/ pełniona funkcja	Kontakt tel/email	Zakres pomocy
1.		Opiekun usamodzielnienia		
2.				
3.				
4.				
5.				

#### 2. Sytuacja rodzinna/kontakty z rodziną naturalną (opis):

--

<b>3. Sytuacja szkolna (opis):</b>
<b>a) mocne strony:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>
<b>b) słabe strony:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>
<b>4. Sytuacja zawodowa ( w przypadku uczniów ZSZ):</b>
<b>a) adres miejsca pracy:</b>
<b>b) pracodawca/kontakt:</b>
<b>5. Sytuacja materialna ( opis):</b>
<b>6. Sytuacja zdrowotna :</b>
<b>a) leczenie specjalistyczne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>
<b>b) potrzeby ( leki, protezy, itp.):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>
<b>7. Zagrożenia ze strony środowiska:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>

## VI. Analiza własnej sytuacji przez wychowanka:

### 1. Możliwości wychowanka/i:

- .....
- .....
- ..

### 2. Trudności, które należy rozwiązać:

- .....
- .....
- .....

### 3. Możliwości wychowanka, umożliwiające przeciwstawienie się problemom:

- .....
- .....
- .....

### 4. Inne zasoby, na których oprzeć można postępowanie usamodzielniające:

- .....
- .....
- .....
- .....

### 5. Motywacja wychowanka/i (opis):

## CZĘŚĆ II – USTALENIE CELÓW DZIAŁANIA

Lp.	Zadania do realizacji	Termin realizacji	Sposób realizacji	Osoby i instytucje wspomagające	Uwagi
1	Proces kształcenia i uzyskania kwalifikacji zawodowych – do ukończenia 25 lat				
2.	Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych				
3.	Zatrudnienie, współdziałanie z Powiatowym Urzędem Pracy				

4.	Współdziałanie w utrzymywaniu kontaktów z rodziną i w procesie integracji ze środowiskiem				
5.	Poradnictwo i praca socjalna				
6.	Pomoc pieniężna na usamodzielnienie (proponowany sposób jej wykorzystania)				
7.	Pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej				
8.	Inne działania wynikające z sytuacji osobistej, w tym ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego				

## **Zobowiązanie wychowanka/i:**

Zobowiązuję się do realizacji założeń ustalonych w indywidualnym programie usamodzielnienia. Ponadto oświadczam, iż o każdej zmianie mającej wpływ na przyznanie świadczenia oraz o zmianie sytuacji materialnej lub osobistej, a także o wszelkich zmianach w procesie usamodzielnienia poinformuję Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu oraz mojego opiekuna usamodzielnienia.

Zobowiązuję się do przeznaczenia otrzymanej pomocy zgodnie z ustaleniami w IPU.

Jestem świadomy, iż pomocy na kontynuowanie, usamodzielnienie i zagospodarowanie można mi odmówić w przypadku, gdy:

- 1) istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pomoc zostanie wykorzystana niezgodnie z celem, na jaki zostanie 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.

Jestem świadomy, iż nienależnie pobrane świadczenia pieniężne podlegają zwrotowi z ustawowymi odsetkami.

.....  
Podpis wychowanka



## Zobowiązanie opiekuna usamodzielnienia:

Zobowiązuje się do wspierania wychowanka/i usamodzielnianego z .....w realizowaniu założeń Indywidualnego Programu usamodzielnienia oraz do wykorzystania przez niego/nią przyznanych mu/jej kwot zgodnie z przeznaczeniem.

.....  
Podpis opiekuna usamodzielnienia

## Opinia opiekuna usamodzielnienia:

.....  
Data i podpis  
opiekuna usamodzielnienia

.....  
Zatwierdzenie IPU przez Dyrektora PCPR w .....