Data : ……

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

I. Dane osoby usamodzielnianej.

- Imię i nazwisko : …….
- Data i miejsce urodzenia : ……...
- Numer pesel : ……...
- Numer i seria dowodu osobistego : …….
- Adres zamieszkania …….
- Adres zameldowania na pobyt stały ……
  ……..
- Adres zameldowania na pobyt czasowy ……..
  ……..
- Adres zamieszkania przed umieszczeniem w zastępczej formie opieki …….
  ……..
- Telefon kontaktowy …….
- Sytuacja zdrowotna …….
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
- Wykształcenie : ……...
  Ukończona szkoła ……
  Kwalifikacje zawodowe ……..
  Uprawnienia ……
  Obecna szkoła, planowany termin ukończenia ……...
  ……..

II. Dane dotyczące rodziny osoby usamodzielnianej:

- **Matka**
- Imię i nazwisko ……...

- Adres ……...
- Sytuacja mieszkaniowa ……...

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..
- Sytuacja materialna ……

  ……..

  ……..

  ……..
- Kontakty ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

- **Ojciec**
- Imię i nazwisko ……...
- Adres ……...
- Sytuacja mieszkaniowa ……...

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..
- Sytuacja materialna ……

  ……..

  ……..

  ……..
- Kontakty ……..

  ……..

  ……..

……..

……..

- **Inne osoby utrzymujące kontakty z osobą usamodzielnianą**
- Imię i nazwisko ……...
- Stopień pokrewieństwa ……
- Adres ……...
- Sytuacja mieszkaniowa ……...

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..
- Sytuacja materialna ……

  ……..

  ……..

  ……..
- Kontakty ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

III. Informacje dotyczące umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka, placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego :

- Imię i nazwisko rodziny zastępczej, nazwa placówki, w której dziecko przebywało w chwili uzyskania pełnoletności ……

  ……..
- Adres ……...
- Forma rodzinnej pieczy zastępczej (proszę podkreślić właściwą):
- rodzina zastępcza spokrewniona,
- niezawodowa,
- zawodowa,

- rodzinny dom dziecka
- Przyczyny umieszczenia w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego : ……...
  …….....
  ……..
  ……..
- Podstawa umieszczenia …….. sygn. akt …….
  data wydania postanowienia …… Sąd Rejonowy w ……..
- Okres pobytu w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce typu rodzinnego ……...
  ……..
- Pobyt w innych rodzinach zastępczych, placówkach typu rodzinnego, socjalizacyjnego, interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, socjoterapeutycznych, zakładach poprawczych, w których przebywała osoba usamodzielniana, okresy pobytu :
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..

IV. Program usamodzielnienia:

- Termin usamodzielnienia : ……..
- Opiekun usamodzielnienia : ……
  Adres zamieszkania opiekuna : ……...
  Telefon kontaktowy opiekuna : ……...
  Adres mailowy opiekuna : ……...

- Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnionej : ……..
  ……..
- **Podjęcie dalszej nauki :** …….
  Nazwa szkoły, kierunek : ……....

Typ nauki : dzienny, zaoczny (właściwe podkreślić)

Termin rozpoczęcia : ……...

Termin zakończenia : ……..

Kolejna szkoła : ……...

Termin rozpoczęcia : ……...

Termin zakończenia : ……..

- Uzyskanie kwalifikacji zawodowych (w tym kursy zawodowe) – termin …….

  ……..

  ……..

  ……..

- **Rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy**

  Data : ……...

  Nr decyzji : ……..

  Kolejny termin zgłoszenia : …….

- Zatrudnienie : ……..
- Uzyskanie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego : ……..

  ……..

- **Obecna sytuacja materialna :**

  Dochody stałe (np. renta rodzinna, podać wysokość) …….

  Dochody uzyskiwane z pracy dorywczej : ……..

  Posiadany majątek : …….

  Możliwość uzyskania pomocy ze strony rodziny : …….

  ……..

- Inne : ……
- **Sytuacja mieszkaniowa** (miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki) :

  Powrót do rodziny biologicznej (podać adres) ……

  ……..

  Mieszkanie chronione ……..

  Bursa ……

  Akademik ……

  Mieszkanie wynajęte ……...

  Wyposażenie mieszkania (pokoju) : ……

  ……..

…….

…….

Brakujące sprzęty do prowadzenia gospodarstwa domowego (kontynuowania nauki) :

……..

……..

……..

……..

……..

……..

- **Sytuacja zdrowotna :**

  Stan zdrowia : ……..

  Przebyte choroby : ……...

  ……..

  ……..

  ……..

- **Rodzaj oczekiwanej pomocy :**
- **Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki** (podać dokładne terminy) :

  ……..

  ……..

- **Pomoc pieniężna na usamodzielnienie** (podać termin realizacji oraz sposób wykorzystania : polepszenie warunków mieszkaniowych, podniesienie kwalifikacji zawodowych, pokrycie wydatków związanych z nauką, np. kurs językowy) : ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

  ……..

- **Pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej** (podać termin realizacji oraz listę rzeczy : materiały niezbędne do remontu i wyposażenia mieszkania, urządzenia domowe, pomoce naukowe, sprzęt do podjęcia zatrudnienia) : ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  Pomoc psychologiczna : ……..
  ……..
  ……..
  Pomoc prawna : ……...
  ……..
  ……..
  Wsparcie w kontaktach z rodziną : ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  Inne : ……
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..
  ……..

…… ……

Miejscowość, data podpis usamodzielnianego

…… ……

podpis opiekuna usamodzielnienia podpis dyrektora GCPR