

# ***PROGRAM USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKA PLACÓWKI /RODZINY ZASTĘPCZEJ/RODZINNEGO DOMU DZIECKA***

## **DANE EWIDENCYJNE:**

1. Planowany termin usamodzielnienia .....
2. Powiat właściwy ze względu na miejsce pochodzenia dziecka .....
3. Powiat, w którym wychowanek się usamodzielnia .....
4. Powiat, w którym wychowanek planuje się osiedlić .....

## **INFORMACJE O WYCHOWANKU:**

1. Imię i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Miejsce stałego zameldowania .....
4. Miejsce aktualnego pobytu .....
5. Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w placówce/ rodzinie zastępczej/rodzinnego domu dziecka :  
miejscowość .....
- ulica, nr domu i mieszkania .....
- gmina, powiat .....
6. Planowane miejsce osiedlenia się po opuszczeniu rodziny zastępczej/ placówki/rodzinnego domu dziecka:  
miejscowość .....
- ulica, nr domu i mieszkania .....
- gmina, powiat .....
7. Sytuacja mieszkaniowa wychowanka po opuszczeniu placówki/ rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Dochody wychowanka .....
9. Sytuacja szkolna i zawodowa wychowanka, ustalenia w zakresie uzyskanego wykształcenia i kwalifikacji zawodowych:
- Ukończone szkoły:.....
- .....
- .....
- Aktualnie kontynuuje naukę:.....
- .....
- .....
- Posiadane kwalifikacje, uprawnienia, ukończone kursy: .....
- .....
- .....
- Dalsze plany związane z nauką .....
- .....
- .....
10. Sytuacja zdrowotna wychowanka:
- 1) Zdrowy
- 2) Choroby przewlekłe: .....
- .....
- .....
- 3) Informacja o posiadanym stopniu niepełnosprawności, zdolności lub niezdolności do pracy:
- .....
- .....
- .....
- Czy osoba usamodzielniana posiada ubezpieczenie zdrowotne ? Nie  Tak
  - Jeśli tak, to z jakiego tytułu:.....
  - .....
11. Czy osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe ? Tak Nie
- Jeśli tak, to kiedy, na jaki okres i przez jaki Sąd .....
- .....
- .....

## **DANE DOTYCZĄCE RODZINY ZASTĘPCZEJ/ PLACÓWKI**

1. Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa rodziny zastępczej/ prowadzącego rodzinny dom dziecka/ nazwa placówki: .....
2. Adres: .....
3. Data umieszczenia w rodzinie zastępczej/ rodzinnym domu dziecka/placówce (zgodnie z postanowieniem sadu):.....
4. Data opuszczenia rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka/ placówki: .....
5. Poprzednie miejsca pobytu w pieczy zastępczej, rodzinnym domu dziecka, placówce: .....

## **DANE DOTYCZĄCE RODZINY NATURALNEJ I OSÓB WSPIERAJĄCYCH OSOBĘ USAMODZIELNIAŃ, ORAZ DANE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA:**

### **I. Dane o rodzicach biologicznych:**

#### **1. Matka:**

- Imię i nazwisko, data urodzenia:.....
- Adres zamieszkania: .....
- Sytuacja materialna (źródło dochodu), pozycja na rynku pracy :.....
- Sytuacja zdrowotna:.....
- Sytuacja mieszkaniowa:.....
- Zakres i rodzaj pomocy oferowanej dziecku: .....

#### **2. Ojciec:**

- Imię i nazwisko, data urodzenia:.....
- Adres zamieszkania: .....
- Sytuacja materialna (źródło dochodu), pozycja na rynku pracy: .....
- Sytuacja zdrowotna:.....
- Sytuacja mieszkaniowa: .....

Zakres i rodzaj pomocy oferowanej dziecku: .....

.....

3. Inne osoby znaczące (krewni, znajomi):

- .....

- .....

5. Ocena możliwości powrotu do środowiska naturalnego: .....

.....

6. Zagrożenia ze strony środowiska: .....

.....

7. Możliwości wsparcia ze strony rodziny naturalnej, innych osób znaczących:

.....

.....

.....

.....

#### **8. Dane opiekuna usamodzielnienia:**

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa z osobą usamodzielnianą/ pełniona funkcja .....

.....

Adres do korespondencji, telefon kontaktowy: .....

.....

Zakres i rodzaj oferowanej pomocy (w rozwiązywaniu problemów mieszkaniowych, w załatwianiu spraw urzędowych, w kontaktach z instytucjami, w pozyskiwaniu sponsorów, w poszukiwaniu wsparcia w rodzinie, we współpracy z placówką, rodziną zastępczą, wsparcie w przeprowadzaniu remontu lokalu, itp.): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZADANIA, SPOSÓB I TERMINY REALIZACJI PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

Lp	Zadanie do realizacji	Termin realizacji	Sposób realizacji	Osoby i instytucje wspomagające
1	Kształcenie Uzyskanie kwalifikacji zawodowych			
2	Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych			
3	Działania podejmowane przez osobę usamodzielnianą na rzecz zdobycia zatrudnienia.			

4	Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego			
5	Inne działania wynikające z sytuacji osobistej, w tym ustalenie uprawnień do renty rodzinnej, renty socjalnej, świadczeń z MOPS, ustalenie stopnia niepełnosprawności itp.			
6	Inne			

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy zapewnia możliwość korzystania z pomocy prawnej i psychologicznej.

## OCZEKIWANE FORMY POMOCY

Lp.	Forma pomocy i przeznaczenie:	Zobowiązania w zakresie uzyskiwanej pomocy	Termin realizacji	Osoba i instytucja wspomagająca
1	Pomoc na kontynuowanie nauki:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematyczne uczęszczanie na zajęcia w wybranej przez siebie szkole.</li> <li>• Przystępowanie do egzaminów semestralnych, składanie, w terminie ustalonym przez szkołę, prac semestralnych (jeśli są wymagane). Informowanie organu przyznającego świadczenie o nie przystąpieniu do egzaminu semestralnego i nie złożeniu prac semestralnych oraz przyczynach nie przystąpienia do egzaminu lub nie złożenia prac semestralnych.</li> <li>• Dostarczanie na początku każdego semestru lub w terminach ustalonych przez dyrektora MOPS, w drodze decyzji administracyjnej, a także na żądanie pracownika MOPS, aktualnych zaświadczeń potwierdzających kontynuowanie nauki.</li> <li>• Informowanie MOPS o każdej zmianie związanej z tokiem nauki, jej zawieszeniu, przerwaniu.</li> </ul>		
2	Pomoc na usamodzielnienie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystanie uzyskanej pomocy zgodnie z celem, na który została przyznana.</li> <li>• Rozliczenie w terminie ustalonym przez MOPS przyznanej kwoty poprzez przedłożenie do MOPS imiennych faktur lub rachunków.</li> </ul>		
3	Pomoc na zagospodarowanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystanie uzyskanej pomocy zgodnie z celem, na który została przyznana.</li> <li>• Rozliczenie w terminie ustalonym przez MOPS przyznanej kwoty poprzez przedłożenie do MOPS imiennych faktur lub rachunków.</li> </ul>		
4	W przypadku ubiegania o w/w formy pomocy:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Składanie wniosków o udzielenie pomocy w porozumieniu z opiekunem programu usamodzielnienia wraz z wymaganą przez MOPS dokumentacją.</li> <li>• Informowanie pisemne lub ustne pracowników MOPS o każdej zmianie mającej wpływ na udzielaną pomoc i realizację programu usamodzielnienia.</li> <li>• Aktywna współpraca z opiekunem programu usamodzielnienia i pracownikiem MOPS przy realizacji programu usamodzielnienia.</li> <li>• Ścisła współpraca z MOPS w zakresie realizacji pomocy.</li> <li>• Dokonanie wraz z opiekunem i Dyrektorem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oceny końcowej procesu usamodzielnienia.</li> </ul>		

**ZAKRES WSPÓLDZIAŁANIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ Z OPIEKUNEM  
USAMODZIELNIENIA I KOORDYNATOREM/PACOWNIKIEM SOCJALNYM (dot. m.in.  
sytuacji szkolnej, bytowej, materialnej, osobistej)**

Zobowiązania osoby usamodzielnianej: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zobowiązania opiekuna usamodzielnienia:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### **Pouczenie:**

**Zmiany w indywidualnym programie usamodzielnienia może dokonać osoba usamodzielniana wspólnie z opiekunem usamodzielnienia w przypadku zmiany sytuacji życiowej tej osoby. Zmiana programu usamodzielnienia wymaga zatwierdzenia przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Legnicy.**

**Zaniechanie realizacji programu usamodzielnienia stanowić będzie podstawę do uchylenia decyzji przyznającej świadczenia lub odmowę przyznania świadczenia.**

Program usamodzielnienia został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla wychowanka, opiekuna usamodzielnienia i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Legnicy.

**Powyższy program usamodzielnienia przyjęto do realizacji po uprzednim uzgodnieniu:**

Podpis usamodzielniającego się wychowanka

Podpis opiekuna usamodzielnienia

.....

.....

Miejscowość, dnia .....

Zatwierdzam.....

podpis i pieczęć Dyrektora  
Miejskiego Ośrodka Pomocy  
Społecznej w Legnicy