Załącznik nr 13 do Zarządzenia nr 25/2023 Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku z dnia 29.12.2023r. w sprawie ustalenia wniosków, które będą obowiązywały od 2024 r. w dziale pieczy zastępczej w PCPR Rybnik

**INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA**

DANE O WYCHOWANKU:

Nazwisko ............................................ Imię ....................................................

Nr telefonu/email[[1]](#footnote-1): …………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia: ...........................................................................................................

Adres zamieszkania ( obecny ): ..................................................................................................

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:

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

Okres pobytu w pieczy zastępczej: ..............................................................................................

Planowane miejsce osiedlenia się wychowanka: .........................................................................

DANE RODZICÓW WYCHOWANKA:

Matka (imię i nazwisko) ..............................................................................................................

Ojciec (imię i nazwisko) ..............................................................................................................

Adres zamieszkania rodziców biologicznych:

Matka ..........................................................................................................................................

Ojciec ..........................................................................................................................................

OPIEKUN USAMODZIELNIENIA:

Imię i Nazwisko............................................................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:

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

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

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

**SPOSÓB UZYSKANIA WYKSZTAŁCENIA LUB KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH, POMOCY W UZYSKANIU ODPOWIEDNICH WARUNKÓW MIESZKANIOWYCH ORAZ PODJĘCIE ZATRUDNIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadania do realizacji** |  |
| W zakresieuzyskaniawykształceniakwalifikacji | **Rodzaj szkół** | **Okres od …do….** |
| **1. Szkoła ukończona (nazwa szkoły)**................................................................................................................ | ................. |
| **2. Szkoła w trakcie realizacji (nazwa szkoły, klasa, kierunek/zawód)**................................................................................................................................................................................................................................ | ................................. |
| **3. Planowane szkoły do realizacji (nazwa szkoły, klasa, kierunek/zawód)**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | .................................................. |
| **4. Szkolenia, kursy planowane do realizacji**................................................................................................................................................................................................................................ | ................................. |
| W zakresie podjęcia zatrudnienia | **5. Planowany czas podjęcia zatrudnienia**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ................................................. |
| W zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych | **6. Planowane miejsce zamieszkania**................................................................................................................................................................................................................................ | .................................. |
| W zakresie pomocy na kontynuowanie nauki | **7. Planowany okres pobierania pomocy kontynuowania nauki**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | ................................................... |
| W zakresie pomocy na zagospodarowanie | **8. Planowany okres ubiegania się o pomoc na zagospodarowanie**................................................................................................................ | ................. |
| W zakresie pomocy na usamodzielnienie | **9. Planowany okres ubiegania się o pomoc na usamodzielnienie**................................................................................................................ | ................. |
|  | **10. Tytuł ubezpieczenia zdrowotnego (po uzyskaniu pełnoletności)**................................................................................................................ | ................. |

Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.

Oświadczam, że nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za popełnienie przestępstwa z winy umyślnej.

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do informowania o zmianach w sytuacji osobistej (w tym szkolnej), dochodowej i majątkowej, która ma wpływ na prawo do świadczeń.

 **.........................................**

wychowanek

Opiekun usamodzielnienia Kierownik/Dyrektor PCPR/MOPS

**.......................................... ........................................................**

**INFORMACJA**

Zgodnie z art. 140 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:

„Osobie opuszczającej, po osiągnięciu pełnoletności, rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną, zwanej dalej „osobą usamodzielnianą”, w przypadku gdy umieszczenie w pieczy zastępczej nastąpiło na podstawie orzeczenia sądu:

1. przyznaje się pomoc na:
2. kontynuowanie nauki,
3. usamodzielnienie,
4. zagospodarowanie;
5. udziela się pomocy w uzyskaniu:
6. odpowiednich warunków mieszkaniowych,
7. zatrudnienia.
8. zapewnia się pomoc prawną i psychologiczną.”

Zgodnie z art. 77 ust. 3 pkt. 6 powyższej ustawy pełnoletni wychowankowie rodzinnych form pieczy zastępczej mogą się ubiegać o wsparcie koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej.

Na podstawie art. 46Ustawy o pomocy społecznej Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku świadczy poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne osobom i rodzinom, które przeżywają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

Informuję, iż zapoznałem/łam się z przysługującymi mi prawami.

……………………………… ………………………………

 Data Podpis

Imię, Nazwisko i adres osoby usamodzielnianej Rybnik, .............................

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

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

………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że po osiągnięciu pełnoletności zamierzam/nie zamierzam\* pozostać w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej do dnia …………………………………………….

…………………………………………..

 podpis wychowanka

Wyrażam zgodę na pozostanie wychowanki/a w rodzinie zastępczej/placówce opiekuńczo-wychowawczej po osiągnięciu pełnoletniości do dnia …………………………………………….

………………………………………………….

 podpis rodziny zastępczej/Dyrektora placówki

\*niepotrzebne skreślić

Imię, Nazwisko i adres osoby usamodzielnianej Rybnik, .............................

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

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

………………………………………………..

**WYZNACZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Oświadczam, że na opiekuna usamodzielnienia wyznaczam …………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

 podpis wychowanka

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla ............................................................................. będącego wychowankiem/wychowanką placówki opiekuńczo-wychowawczej/rodziny zastępczej\*.

………………………………

podpis opiekuna usamodzielnienia

\*niepotrzebne skreślić

1. Podanie danych nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt [↑](#footnote-ref-1)