Załącznik nr 3

…….
(miejscowość, data)

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

Imię i nazwisko usamodzielnianego .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Adres stałego zameldowania .....

Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia /adres.....

…….....

…….....

Planowany termin opuszczenia pieczy zastępczej .....

Powiat właściwy ze względu na miejsce pobytu wychowanka przed umieszczeniem w pieczy

zastępczej .....

Powiat właściwy ze względu na miejsce osiedlenia się .....

Imię, nazwisko i adres placówki sprawującej dotychczasową opiekę

…….....

Data umieszczenia w pieczy zastępczej .....

Łączny czas pobytu w pieczy zastępczej .....

Kontakt / telefon .....

I. Ocena sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej

SYTUACJA RODZINNA

Należy uwzględnić następujące zagadnienia: dane o rodzicach (czy żyją, czy mieszkają razem, czy założyli nowe rodziny, warunki mieszkaniowe rodziców, stan ich zdrowia, czy kontaktują się z osobą usamodzielnianą, czy maja możliwości pomocy), dane o dziadkach, o rodzeństwie lub innych osobach znaczących dla osoby usamodzielnianej z dalszej rodziny lub osób zaprzyjaźnionych.

…….....

……

……

……

……

SYTUACJA MIESZKANIOWA

Należy uwzględnić miejsce aktualnego zamieszkania, adres zameldowania, możliwość zamieszkania w mieszkaniu rodziców, dziadków lub dalszej rodziny, planowane miejsce zamieszkania po opuszczeniu placówki lub rodziny zastępczej, inne informacje istotne dla wyjaśnienia sytuacji mieszkaniowej.

……

……

……

……

……

SYTUACJA ZAWODOWA

Należy uwzględnić: ukończenie szkoły, etap kształcenia, na którym znajduje się osoba usamodzielniana w chwili opracowania programu, posiadane kwalifikacje zawodowe, ukończone kursy, informacja o planach dotyczących zatrudnienia, inne istotne dane tj. umiejętności, zainteresowania.

……

……

……

……

……

SYTUACJA ZDROWOTNA

Należy uwzględnić stan zdrowia, szczegółowe wymagania związane ze stanem zdrowia, uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego w chwili opracowania programu (np. z jakiego tytułu posiada osoba usamodzielniana ubezpieczenie).

……

……

……

……

……

SYTUACJA DOCHODOWA/POZOSTAŁE INFORMACJE

Należy uwzględnić dochody osoby usamodzielnianej, zasoby materialne, posiadany majątek (np. wyposażenie domu), możliwość uzyskania pomocy materialnej ze strony rodziny lub innych osób.

.....

.....

.....

.....

II Cele programu Usamodzielnienia

PLAN PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

Lp.	Potrzeby i zadania do realizacji	Sposób zaspokojenia potrzeby	Przybliżony termin realizacji	Osoba odpowiedzialna i wspomagająca
1.	**Proces kształcenia i uzyskanie kwalifikacji zawodowych**	• gimnazjum • szkoła zawodowa • technikum • liceum • studium • studia wyższe • studia podyplomowe • inne (np. kursy)……		
2.	**Uzyskanie uprawnień do świadczeń społecznych**	Ustalenie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego np. z tytułu renty rodzinnej, rejestracji w Urzędzie Pracy, nauki w systemie dziennym – zgłoszenie w/w informacji w szkole)		
3.	**Pomoc w podjęciu przez osobę usamodzielnianą zatrudnienia**	• samodzielnie, • poprzez znajomych, • poprzez Powiatowy Urząd Pracy • poprzez ogłoszenie, • inne.....		
4.	**Zapewnienie odpowiednich warunków**	• powrót do domu rodzinnego, • mieszkanie socjalne, • wynajem mieszkania,		

	mieszkaniowych	• bursa, internat, akademik, • kupno własnego mieszkania, • inne.....		
5.	**Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**	• zaznajomienie z przepisami dotyczącymi możliwości uzyskania pomocy w usamodzielnieniu świadczonej na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej/ ustawy o pomocy społecznej, • wystąpienie z wnioskiem o przyznanie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki do..... (wpisać właściwe do przyznania PCPR) • wystąpienie z wnioskiem o przyznanie pomocy na zagospodarowanie – zgodnie z ustaleniami pomiędzy osobą usamodzielnianą, opiekunem usamodzielnienia oraz właściwym do przyznania pomocy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie..... ..... • wystąpienie z wnioskiem o przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie ....(wpisać właściwe do przyznania PCPR)		
6.	**Inne oczekiwane formy pomocy**	.....		

		....		

III. KLAUZULA INFORMACYJNA

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. 3 Maja 1.
2. Inspektorem ochrony danych jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia prawa do przyznania pomocy dla osób usamodzielnianych, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem udzielenia pomocy dla osób usamodzielnianych. W razie niepodania danych osobowych, sprawa pozostanie bez rozpatrzenia.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

…….. ……..

Data podpis czytelny

IV. Zobowiązania

1.Wychowanek zobowiązuje się do:

- realizacji poszczególnych postanowień programu opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia,
- pisemnego poinformowania pracowników PCPR o każdej zmianie mającej wpływ na udzielaną pomoc i realizację programu usamodzielnienia,
- regularnego kontynuowania nauki w wybranej przez siebie szkole i dostarczania na początku każdego semestru aktualnego zaświadczenia szkolnego potwierdzającego kontynuowanie nauki,
- aktywnej współpracy z opiekunem programu usamodzielnienia i pracownikiem PCPR przy realizacji programu usamodzielnienia,
- uzgadniania modyfikacji programu usamodzielnienia z opiekunem usamodzielnienia i pracownikiem PCPR,
- zarejestrowania się w Powiatowym Urzędzie Pracy po zakończeniu kontynuowania nauki i nie podjęciu zatrudnienia,
- po zakończeniu realizacji programu usamodzielnienia do dokonania jego oceny końcowej.

Oświadczam, iż pomoc pieniężna na usamodzielnienie będzie przeznaczona na zaspokojenie mojej ważnej potrzeby życiowej

……

podpis osoby usamodzielnianej

2. Opiekun usamodzielnienia zobowiązuje się do:

- aktywnej współpracy z usamodzielniającym się wychowankiem i pracownikiem PCPR przy realizacji programu usamodzielnienia,
- poinformowania pracownika PCPR o każdej zmianie mającej wpływ na wysokość udzielanych wychowankowi świadczeń i realizacje programu usamodzielnienia
- monitorowania przebiegu nauki wychowanka,
- wspierania wychowanka w realizacji założeń programu usamodzielnienia,
- pomocy w wydatkowaniu świadczenia na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie,
- współpracy z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą,
- opiniowanie wniosku o pomoc na zagospodarowanie, kontynuowanie nauki, zagospodarowanie,
- uzgadniania i opracowywania modyfikacji programu z osobą usamodzielnianą i pracownikiem PCPR,

- po zakończeniu realizacji programu usamodzielnienia do dokonania jego oceny końcowej.

Data sporządzenia Indywidualnego Programu Usamodzielnienia.....

.....

(data i podpis osoby usamodzielnianej)

.....

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....

(data i podpis pracownika placówki)

Zatwierdzam do realizacji

.....

(data i podpis dyrektora PCPR)