Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku
ul. Czołgistów 5, 84-300 Lębork
tel./fax. 59/8628106
pcpr@pcprlebork.pl www.pcprlebork.pl

Załącznik nr 16a do Zarządzenia nr 20/2021
Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Lęborku
z dnia 15.09.2021 roku
w sprawie wprowadzenia wzorów dokumentów
wykorzystywanych
w Dziale Pieczy Zastępczej w PCPR w Lęborku

KARTA WYBORU OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Na podstawie art. 145 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej „Opiekunem usamodzielnienia może być osoba tworząca rodzinę zastępczą, prowadząca rodzinny dom dziecka, koordynator rodzinnej pieczy zastępczej, pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie, osoba będąca w placówce opiekuńczo-wychowawczej albo regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej wychowawcą lub psychologiem, lub inna osoba wskazana przez osobę usamodzielnianą i zaakceptowana przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie powiatu właściwego do ponoszenia wydatków na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie".

WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA:

Ja *(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)* _____
zamieszkała/y _____
wskazuję na opiekuna mojego usamodzielnienia:
Panią/Pana _____
zamieszkałą/ego _____
adres do kontaktu (tel./pocztowy/e-mail) _____

UZASADNIENIE:

Lębork, dnia _____

_____
(podpis osoby usamodzielnianej)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja _____, ur. _____
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) *(data i miejscowość urodzenia)*

Oświadczam, że:
zostałam/em poinformowany przez pracownika PCPR w Lęborku o prawach i obowiązkach wynikających z pełnienia przeze mnie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej) _____

Jestem świadoma/y, że do moich zadań należy w szczególności:

1. Pomoc w opracowaniu indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowaniu;
2. Wsparcie osoby usamodzielnianej w realizacji założeń zawartych w indywidualnym programie usamodzielnienia;
3. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą, właściwym ośrodkiem pomocy społecznej, urzędem gminy, urzędem pracy w zakresie wsparcia osoby usamodzielnianej;
4. Współpraca z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku w zakresie udzielania wsparcia i pomocy osobie usamodzielnianej;
5. Opiniowanie wniosku o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki i pomocy na usamodzielnienie;
6. Dokonanie wspólnie z osobą usamodzielnianą oceny końcowej procesu usamodzielnienia.*

_____
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej) _____

i daję rękojmię należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

_____
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Informacje koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej / osoby wykonującej zadania koordynatora / Dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej:

_____

_____

_____

_____

_____
(podpis i pieczątka koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej/ osoby wykonującej zadania koordynatora /
Dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej)

Opinia Kierownika Działu Pieczy Zastępczej:

☐ opinia pozytywna ☐ opinia negatywna

Uzasadnienie:

_____

_____

_____
(podpis i pieczątka Kierownika Działu Pieczy Zastępczej)

Akceptuję Panią/Pana na opiekuna usamodzielnienia:

_____
(podpis i pieczątka Kierownika
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku
ul. Czołgistów 5, 84-300 Lębork
tel./fax. 59/8628106
pcpr@pcprlebork.pl www.pcprlebork.pl

Załącznik nr 16b do Zarządzenia nr 20/2021
Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Lęborku
z dnia 15.09.2021 roku
w sprawie wprowadzenia wzorów dokumentów
wykorzystywanych
w Dziale Pieczy Zastępczej w PCPR w Lęborku

OŚWIADCZENIE RODO OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja ……, ur. ……....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) *(data i miejscowość urodzenia)*

Oświadczam, że:
przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:
Administratorem danych osobowych przetwarzanych w PCPR w Lęborku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku ul. Czołgistów 5, 84-300 Lębork, tel. 59 8628106, fax: 59 8628106.
Inspektorem ochrony danych jest Pan Piotr Szumko – Mainsoft sp. z o.o. w Malborku (Stare Miasto 27/6, 82-200 Malbork), z którym można kontaktować się e-mailowo: ido@pcprlebork.pl lub w PCPR w Lęborku (ul. Czołgistów 5, 84-300 Lębork).
Administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:
1. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
2. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
3. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczące lub innej osoby fizycznej;
5. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania włazy publicznej powierzonej administratorowi;
6. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw, w szczególności:
- ustawy z dnia 12 marca 2014 r. o pomocy społecznej
- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
- ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być przekazywane:
1. upoważnionym z mocy prawa podmiotom na udokumentowany wniosek;
2. dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
3. podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji.

Okres przez, który dane osobowe będą przechowywane:
Dane osobowe przetwarzane w celu przyznania określonej pomocy będą przechowywane przez okres obowiązywania decyzji administracyjnej, a po jej upływie przez okres zabezpieczenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub wypełnienia obowiązku prawnego Administratora (wynikających z przepisów szczególnych np. podatkowych, rachunkowych) natomiast dane osobowe przetwarzane na podstawie zgody będą przechowywane do czasu jej odwołania.
Prawa osoby, której dotyczą dane osobowe:
1. dostępu do treści swoich danych osobowych czyli prawo do uzyskania potwierdzenia czy Administrator przetwarza dane oraz informacji dotyczących takiego przetwarzania;
2. do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez administratora są nieprawidłowe lub niekompletne;
3. żądania od Administratora usunięcia danych;
4. żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do przenoszenia danych, czyli prawo do otrzymania dostarczonych Administratorowi danych osobowych oraz przesłaniu ich innemu administratorowi;
6. do usunięcia danych tzw. Prawo do bycia zapomnianym;
7. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
8. wniesienia skargi do polskiego organu lub organu innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce pobytu lub pracy osoby, której dane dotyczą;
9. do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).

Kategorie odbiorców danych (podmiotów przetwarzających dane osobowe w imieniu PCPR w Lęborku: banki, operatorzy pocztowi, firmy archiwizujące dokumenty oraz podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (np. Policja, Sądy).
W przypadku uznania, że przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Miejscowość, dnia _____ _____
czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia

:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku
ul. Czołgistów 5, 84-300 Lębork
tel./fax. 59/8628106
pcpr@pcprlebork.pl www.pcprlebork.pl

Załącznik nr 16c do Zarządzenia nr 20/2021
Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Lęborku
z dnia 15.09.2021 roku
w sprawie wprowadzenia wzorów dokumentów
wykorzystywanych
w Dziale Pieczy Zastępczej w PCPR w Lęborku

Lębork, dnia _____

ZMIANA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja _____

zamieszkała/y_____

dokonuję zmiany mojego opiekuna usamodzielnienia:

w związku ze:

□ śmiercią opiekuna usamodzielnienia

□ rezygnacją poprzedniego opiekuna z pełnienia funkcji

□ moją rezygnacją ze wsparcia dotychczasowego opiekuna usamodzielnienia, którą uzasadniam:

_____

_____

_____

_____

_____

Wskazuję na opiekuna usamodzielnienia:

Panią/Pana _____

zamieszkałą/ego _____

adres do kontaktu (pocztowy/e-mail) _____

PESEL _____

TELEFON _____

UZASADNIENIE

_____

(podpis osoby usamodzielnianej)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja _____, ur. _____
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie) *(data i miejscowość urodzenia)*

Oświadczam, że:
zostałam/em poinformowany przez pracownika PCPR w Lęborku o prawach i obowiązkach wynikających z pełnienia przeze mnie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej) _____

Jestem świadoma/y, że do moich zadań należy w szczególności:

1. Pomoc w opracowaniu indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowaniu;
2. Wsparcie osoby usamodzielnianej w realizacji założeń zawartych w indywidualnym programie usamodzielnienia;
3. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą, właściwym ośrodkiem pomocy społecznej, urzędem gminy, urzędem pracy w zakresie wsparcia osoby usamodzielnianej;
4. Współpraca z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku w zakresie udzielania wsparcia i pomocy osobie usamodzielnianej;
5. Opiniowanie wniosku o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki i pomocy na usamodzielnienie;
6. Dokonanie wspólnie z osobą usamodzielnianą oceny końcowej procesu usamodzielnienia.*

_____
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej) _____

i daję rękojmię należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

_____
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Informacje koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej / osoby wykonującej zadania koordynatora / Dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej

_____

_____

_____

_____
(podpis i pieczątka koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej/
osoby wykonującej zadania koordynatora/
Dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej)

Opinia Kierownika Działu Pieczy Zastępczej:

☐ opinia pozytywna ☐ opinia negatywna

Uzasadnienie

_____

_____

_____
(podpis i pieczątka Kierownika Działu Pieczy Zastępczej)

Akceptuję Panią/Pana na opiekuna usamodzielnienia:

_____
(podpis i pieczątka Kierownika
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku)

Lębork, dnia _____

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

DANE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

Imię i nazwisko: _____

Data i miejsce urodzenia: _____

Aktualny adres zamieszkania: _____

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w pieczy zastępczej:

_____

Telefon/e-mail _____

Aktualne miejsce pobytu/forma pieczy zastępczej:

□ rodzina zastępcza spokrewniona
□ rodzina zastępcza niezawodowa, zawodowa, RDD
□ placówka opiekuńczo – wychowawcza
□ regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna

jednocześnie potwierdzam pobyt (jeżeli dotyczy) w: □ domu pomocy społecznej, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie / □ specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczy / □ młodzieżowym ośrodku wychowawczy lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii / □ specjalnym ośrodku wychowawczym / □ hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej / □ areszcie śledczym lub zakładzie poprawczym lub karnym, schronisku dla nieletnich / □ domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

I. Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem

1. **Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:**
   □ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z rodziną,
   □ współpraca w zakresie uzyskania pomocy w kontaktach z instytucjami publicznymi,
   □ współpraca w zakresie uzyskania odpowiednich warunków mieszkaniowych,
   □ współpraca w zakresie podjęcia zatrudnienia,
   □ współpraca w zakresie ustalenia uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego,
   □ inne (jakie?) _____

2. **Osoby wspierające osobę usamodzielnianą:**

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Zakres oczekiwanej pomocy	Termin realizacji

3. **Wykaz instytucji i/ lub organizacji, z którymi zamierzam podjąć współpracę:**

Nazwa instytucji/organizacji	Zakres współpracy i oczekiwanej pomocy	Termin realizacji

4. **Karalność:**
Czy osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe
□ **TAK**
(Sąd, sygnatura akt, na jaki okres) _____
□ **NIE**

II. Sposób uzyskania przez osobę usamodzielnianą wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych

1. **Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej:**

Posiadane wykształcenie: _____
Obecnie kontynuuję naukę:
□ **TAK**
nazwa szkoły, klasa/rok/semestr lub nazwa pracodawcy w celu przygotowania zawodowego/imię i nazwisko pracodawcy lub nazwa kursu/nazwa podmiotu realizującego kurs:
_____
_____
termin ukończenia ww. formy kontynuacji nauki: _____
□ Zobowiązuję się również dostarczać **pisemną informację ze szkoły potwierdzającą kontynuowanie nauki, nie rzadziej niż co 6 miesięcy**.
□ **NIE**
Zamierzam nadal kontynuować naukę:
□ **TAK**
nazwa szkoły, klasa/rok/semestr lub nazwa pracodawcy w celu przygotowania zawodowego/imię i nazwisko pracodawcy lub nazwa kursu/nazwa podmiotu realizującego kurs:
_____
_____
termin ukończenia ww. formy kontynuacji nauki: _____
□ **NIE**

2. **Uzyskanie kwalifikacji zawodowych:**
Posiadam uprawnienia zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa, rodzaj kwalifikacji	**zdobyte uprawnienia**	**data otrzymania**

Planuję uzyskać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa, rodzaj kwalifikacji	rodzaj uprawnienia	termin realizacji

3. **Po opuszczeniu pieczy zastępczej oczekuję pomocy w uzyskaniu wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych:**
   - □ pomocy na kontynuację nauki
   - □ wsparcie edukacyjne (np. korepetycje)
     (rodzaj, realizator, szacowany koszt, termin i zakres czasowy trwania):
     _____
   - □ dofinansowanie lub sfinansowanie udziału w kursach lub szkoleniach podnoszących kompetencje lub kwalifikacje zawodowe
     (rodzaj, realizator, szacowany koszt, termin i zakres czasowy trwania):
     _____
   - □ inne _____

III. Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

1. **Sytuacja zdrowotna:**
   Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:
   □ **TAK** - stopień niepełnosprawności _____, na jaki okres: od _____ do _____
   □ **NIE**
   Czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie:
   □ **TAK**
   (dodatkowe informacje, oczekiwana pomoc w tym zakresie)
   _____
   _____
   □ **NIE**

2. **Po uzyskaniu pełnoletności uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego będę posiadać/posiadam - z tytułu:**
   □ nauki w szkole
   □ rejestracja w Urzędzie Pracy
   □ przez członka rodziny (rodzice biologiczni, rodzice zastępczy, dziadkowie, małżonek)
   □ zasiłek stały z pomocy społecznej
   □ renta socjalna
   □ renta rodzinna
   □ ubezpieczenie przez wójta/burmistrza/prezydenta
   □ inne _____

3. **Po opuszczeniu pieczy zastępczej uprawnienia do ubezpieczenie zdrowotnego będę posiadać/posiadam - z tytułu:**
   □ zatrudnienia
   □ prowadzenia gospodarstwa rolnego
   □ prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej
   □ nauki w szkole/na uczelni
   □ rejestracji w Urzędzie Pracy
   □ ubezpieczenia przez członka rodziny (rodzice, dziadkowie, małżonek)
   □ otrzymywania zasiłku stałego z pomocy społecznej
   □ otrzymywania renty
   □ ubezpieczenia przez wójta/burmistrza/prezydenta
   □ ubezpieczenia dobrowolnego na podstawie wniosku złożonego w NFZ
   □ inne _____

IV. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych

1. **Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej**

   Po uzyskaniu pełnoletności:

   □ pozostanę w dotychczasowej rodzinie zastępczej/placówce, w terminie do:

   _____.

   □ opuszczę rodzinę zastępczą/ placówkę

   Po opuszczeniu (rodziny zastępczej/ placówki) zamierzam osiedlić się (miejscowość, gmina, powiat): _____.

2. **Planowane miejsce zamieszkania:**

   □ pozostanę w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej termin _____

   □ wynajmę pokój/mieszkanie termin _____

   □ zamieszkam z rodziną biologiczną termin _____

   □ kupię mieszkanie termin _____

   □ uzyskam lokal z zasobów gminy termin _____

   □ złożę wniosek o uzyskanie lokalu z zasobów gminy termin _____

   □ złożę wniosek o uzyskanie miejsca w mieszkaniu chronionym treningowym termin _____

   □ inne _____ termin _____

3. **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**

   Po opuszczeniu pieczy zastępczej oczekuję pomocy w:
   (np. zapewnieniu konsultacji prawnej w zakresie spraw spadkowych lub podpisywania umów cywilno-prawnych na wynajem mieszkania, uzyskaniu prawa do uzyskania miejsca w mieszkaniu chronionym treningowym, uzyskaniu skierowania do całodobowej jednostki pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji)

   _____

   _____

   _____

   _____

V. Pomoc w podjęciu przez osobę usamodzielnianą zatrudnienia

1. **Po opuszczeniu pieczy zastępczej zamierzam:**

   □ kontynuować zatrudnienie w zawodzie _____

   u pracodawcy _____

   □ podjąć zatrudnienie w zawodzie _____

   u pracodawcy _____

   □ samodzielnie poszukiwać pracy

   □ poszukiwać pracy za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy

   □ uzyskać uprawnienia do renty ze względu na niezdolność do pracy z powodów zdrowotnych

   □ inne _____

   _____

2. Oczekuję pomocy w uzyskaniu zatrudnienia:

□ pomoc doradcy zawodowego

□ uczestnictwo w zajęciach indywidualnych/grupowych - warsztatów umiejętności społecznych (pomoc w sporządzeniu CV, listu motywacyjnego, poznanie zakresu możliwości i sposobu załatwiania spraw w banku, PUP, ZUS, US itp.)

□ uczestnictwo w zajęciach wsparcia osób usamodzielnianych w ramach partnerstwa w projekcie pn. Centrum Usług Społecznych w powiecie lęborskim realizowanych przez Regionalne Centrum Młodzieży w Lęborku

□ inne _____

_____

VI. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń

Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń

Wyszczególnienie	TAK/NIE	Termin składania wniosku
Pomoc na kontynuowanie nauki		
Pomoc na usamodzielnienie		
Pomoc na zagospodarowanie		

VII. Inne oczekiwane formy wsparcia

Inne oczekiwane formy pomocy
(proszę uzupełnić w wolnych polach formy i zakres pomocy)

□ pomoc prawna

_____

□ wsparcie psychologiczne, terapeutyczne

_____

□ pomoc w kontaktach z instytucjami i/lub pozyskiwanie informacji o możliwych formach wsparcia i instytucjach wspierających

_____

_____

□ nawiązania i/lub utrzymywania kontaktów z rodziną

_____

□ udział w spotkaniach i przedsięwzięciach edukacyjno-integracyjnych pieczy zastępczej

_____

□ modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia

□ inne

_____

VIII. Informacje, deklaracje i zobowiązania

1. Deklaruję, iż zostałem/am poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach i obowiązkach wynikających z przepisów prawnych związanych z procesem usamodzielniania wychowanków. Obowiązujące szczegółowe przepisy, zasady i informacje:
   - *przepisy prawne:* osoby usamodzielniane opuszczające pieczę zastępczą – ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej / osoby usamodzielniane opuszczające placówki z ustawy o pomocy społecznej - ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej oraz rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 3 sierpnia 2012 roku w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynowanie nauki oraz zagospodarowanie;
   - *przepisy prawa lokalnego:* BIP Powiatu Lęborskiego (https://powiatleborski.bip.gov.pl) – uchwała nr 363/2021 Zarządu Powiatu Lęborskiego z dnia 29 września 2021 r. w sprawie zasad finansowania rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej w Powiecie Lęborskim – załącznik nr 10 **-** Zasady przyznawania dla osób usamodzielnianych pomocy na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz zagospodarowanie,
   - uregulowania wewnętrzne w PCPR w Lęborku: BIP PCPR w Lęborku (https://pcpr_lebork.bip.gov.pl/) – Zarządzenia nr 20/2021 Kierownika PCPR w Lęborku z dnia 15 września 2021 roku w sprawie wprowadzenia wzorów dokumentów wykorzystywanych w Dziale Pieczy Zastępczej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku – załącznik 16 (16a-16g) – Usamodzielnianie wychowanków
   - informator dla osób usamodzielnianych dostępny w siedzibie jednostki oraz na stronie www.pcprlebork.pl (zakładka OSOBY USAMODZIELNIANE),
   - informacje o realizowanych projektach – formach wsparcia dostępne w siedzibie jednostki oraz na stronie www.pcprlebork.pl (zakładka PROJEKTY PROGRAMY).
2. Zobowiązuje się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku/_____*
3. Zobowiązuje się do aktywnego współdziałania z opiekunem usamodzielnienia w celu skutecznej realizacji programu usamodzielnienia;
4. Zobowiązuje się do przedkładania w PCPR w Lęborku na początku każdego semestru zaświadczenia stwierdzającego kontynuowanie nauki;
5. Zobowiązuje się do dokonania wraz z opiekunem usamodzielnienia i pracownikiem PCPR w Lęborku okresowego monitoringu sytuacji i procesu usamodzielnienia oraz po zakończeniu realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wraz z opiekunem usamodzielnienia i kierownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie właściwego do udzielenia pomocy - oceny końcowej procesu usamodzielnienia;
6. Deklaruję, że będę informował/a opiekuna usamodzielnienia oraz PCPR w Lęborku o każdej zmianie mojej sytuacji życiowej – osobistej, dochodowej i majątkowej - mającej wpływ na udzielaną pomoc, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania;
7. Zobowiązuje się do przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie do zaspokojenia ważnych życiowo potrzeb tj. polepszenia warunków mieszkaniowych stworzenia warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienia kwalifikacji zawodowych, pokrycia wydatków związanych z nauką, z wyłączeniem wydatków na kontynuowanie nauki.

(podpis osoby opiekuna usamodzielnienia)	*(podpis osoby usamodzielnianej)*

IX. ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

Opinia pracownika merytorycznego:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
(podpis i pieczątka pracownika)

Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym dnia _____

☐ opinia pozytywna ☐ opinia negatywna

_____
(podpis i pieczątka Kierownika Działu Pieczy Zastępczej)

Zatwierdzam niniejszy program do realizacji:

_____
(podpis i pieczątka Kierownika
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku)

Lębork, dnia _____

MODYFIKACJA INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

I. Dane osoby usamodzielnianej:

Imię i nazwisko: _____

Aktualny adres zamieszkania: _____

Telefon/e-mail _____

Opiekun usamodzielnienia _____

Telefon opiekuna usamodzielnienia _____

Wprowadzam zmiany w moim indywidualnym programie usamodzielnienia w zakresie:

I. Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem

1. Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:

_____
_____
_____
_____

2. Osoby wspierające osobę usamodzielnianą i kontakty z rodziną i środowiskiem:

_____
_____
_____
_____

3. Współpraca osoby usamodzielnianej z instytucjami:

_____
_____
_____
_____

5. Karalność:

Czy osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe

□ **TAK**

(Sąd, sygnatura akt, na jaki okres) _____

□ **NIE**

II. Sposób uzyskania przez osobę usamodzielnianą wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych

1. **Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej:**

   Aktualna sytuacja edukacyjna:

   _____

   _____

   _____

   Zmiana planów edukacyjnych wraz z podaniem powodu zmian:

   _____

   _____

   _____

   _____

2. **Uzyskanie kwalifikacji zawodowych:**
   Posiadam uprawnienia zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa, rodzaj kwalifikacji	zdobyte uprawnienia	data otrzymania

   Planuję uzyskać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kursy, szkolenia):

Nazwa, rodzaj kwalifikacji	rodzaj uprawnienia	termin realizacji

3. **Oczekuję pomocy w uzyskaniu wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych:**
   - ☐ pomocy na kontynuację nauki
   - ☐ wsparcie edukacyjne
     (rodzaj, realizator, szacowany koszt, termin i zakres czasowy trwania):
     _____
   - ☐ dofinansowanie lub sfinansowanie udziału w kursach lub szkoleniach podnoszących kompetencje lub kwalifikacje zawodowe
     (rodzaj, realizator, szacowany koszt, termin i zakres czasowy trwania):
     _____
   - ☐ inne _____

     _____

III. Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

1. **Sytuacja zdrowotna:**
   Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:
   □ TAK - stopień niepełnosprawności _____, na jaki okres: od _____ do _____
   □ NIE
   Czy osoba usamodzielniana leczy się specjalistycznie:
   □ TAK
   □ NIE

2. **Obecnie uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego posiadam/będę posiadać* - z tytułu:**
   □ zatrudnienia
   □ prowadzenia gospodarstwa rolnego / prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej
   □ nauki w szkole/na uczelni
   □ rejestracja w Urzędzie Pracy
   □ przez członka rodziny (rodzice biologiczni, rodzice zastępczy, dziadkowie, małżonek)
   □ zasiłek stały z pomocy społecznej
   □ renta socjalna / renta rodzinna*
   □ ubezpieczenie przez wójta/burmistrza/prezydenta
   □ otrzymywania zasiłku stałego z pomocy społecznej
   □ ubezpieczenia dobrowolnego na podstawie wniosku złożonego w NFZ
   □ inne _____

IV. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych

1. **Miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej, aktualna sytuacja mieszkaniowa:**
   _____
   _____
   _____

2. **Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej:**
   □ pozostanę w dotychczasowej rodzinie zastępczej/placówce, w terminie do:
   _____.
   □ opuszczę rodzinę zastępczą/ placówkę
   Po opuszczeniu (rodziny zastępczej/ placówki) zamierzam osiedlić się (miejscowość, gmina, powiat): _____.

3. **Planowane miejsce zamieszkania:**
   □ pozostanę w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej termin _____
   □ wynajmę pokój/mieszkanie termin _____
   □ zamieszkam z rodziną biologiczną termin _____
   □ kupię mieszkanie termin _____
   □ uzyskam lokal z zasobów gminy termin _____
   □ złożę wniosek o uzyskanie lokalu z zasobów gminy termin _____
   □ złożę wniosek o uzyskanie miejsca w mieszkaniu chronionym treningowym termin _____
   □ inne _____ termin _____

4. **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**
   Po opuszczeniu pieczy zastępczej oczekuję pomocy w:
   (np. zapewnieniu konsultacji prawnej w zakresie spraw spadkowych lub podpisywania umów cywilno-prawnych na wynajem mieszkania, uzyskaniu prawa do uzyskania miejsca w mieszkaniu chronionym treningowym, uzyskaniu skierowania do całodobowej jednostki pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji)
   _____
   _____
   _____
   _____

V. Pomoc w podjęciu przez osobę usamodzielnianą zatrudnienia

1. Aktualna sytuacja - pozycja na rynku pracy, zatrudnienie:

_____

_____

_____

2. Zamierzam:

□ kontynuować zatrudnienie w zawodzie _____

u pracodawcy _____

□ podjąć zatrudnienie w zawodzie _____

u pracodawcy _____

□ samodzielnie poszukiwać pracy

□ poszukiwać pracy za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy

□ uzyskać uprawnienia do renty ze względu na niezdolność do pracy z powodów zdrowotnych

□ inne _____

_____

3. Oczekuję pomocy w uzyskaniu zatrudnienia:

□ pomoc doradcy zawodowego

□ uczestnictwo w zajęciach indywidualnych/grupowych - warsztatów umiejętności społecznych (pomoc w sporządzeniu CV, listu motywacyjnego, poznanie zakresu możliwości i sposobu załatwiania spraw w banku, PUP, ZUS, US itp.

□ uczestnictwo w zajęciach wsparcia osób usamodzielnianych w ramach partnerstwa w projekcie pn. Centrum Usług Społecznych w powiecie lęborskim realizowanych przez Regionalne Centrum Młodzieży w Lęborku

□ inne _____

_____

VI. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń

Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń

Wyszczególnienie	TAK/NIE	Termin składania wniosku
Pomoc na kontynuowanie nauki		
Pomoc na usamodzielnienie		
Pomoc na zagospodarowanie		

VII. Inne oczekiwane formy wsparcia

Inne oczekiwane formy pomocy

(proszę uzupełnić w wolnych polach formy i zakres pomocy)

□ pomoc prawna

_____

□ wsparcie psychologiczne, terapeutyczne

_____

□ pomoc w kontaktach z instytucjami i/lub pozyskiwanie informacji o możliwych formach wsparcia i instytucjach wspierających

_____

_____

□ nawiązania i/lub utrzymywania kontaktów z rodziną

_____

□ udział w spotkaniach i przedsięwzięciach edukacyjno-integracyjnych pieczy zastępczej

_____

□ modyfikowania indywidualnego programu usamodzielnienia

□ inne

_____

_____ _____

(podpis osoby opiekuna usamodzielnienia) *(podpis osoby usamodzielnianej)*

DANE OSOBY USAMODZIELNIANEJ:

_____

_____

_____

_____

_____ _____

(podpis osoby opiekuna usamodzielnienia) *(podpis osoby usamodzielnianej)*

ZATWIERDZENIE MODYFIKACJI PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

Opinia właściwego pracownika:

_____

_____

_____

(podpis i pieczątka pracownika)

Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym dnia _____

□ opinia pozytywna □ opinia negatywna

_____

(podpis i pieczątka Kierownika Działu Pieczy Zastępczej)

Zatwierdzam niniejszy program do realizacji:

_____

(podpis i pieczątka Kierownika
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku

Lębork, dnia _____

OCENA KOŃCOWA PROCESU USAMODZIELNIENIA

Dokonana na podstawie oceny realizacji
Indywidualnego Programu Usamodzielnienia i jego zmian
oraz monitoringu sytuacji osoby usamodzielnianej

Dane osoby usamodzielnianej:

Imię i nazwisko: _____

Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną i środowiskiem, kontakty osoby usamodzielnianej z rodziną

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej

_____
_____
_____
_____
_____

Uzyskanie kwalifikacji zawodowych

_____
_____
_____
_____

Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

_____
_____

Miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej

_____

Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych

_____

_____

_____

_____

Podjęcie zatrudnienia

_____

_____

_____

_____

Uzyskanie przysługujących świadczeń

_____

_____

_____

Inne formy pomocy

_____

_____

_____

_____

Wnioski końcowe *(proszę opisać czy proces usamodzielnienia w zakresie przewidzianym w IPU pozwolił na przygotowanie osoby do samodzielnego życia czy też wymaga nadal wsparcia instytucjonalnego i środowiskowego, czy wskazano osobie możliwości ubiegania się o pomoc instytucjonalną i w jakim zakresie)*

_____

_____

_____

_____

_____

(podpis opiekuna usamodzielnienia)	*(podpis osoby usamodzielnianej)*

(podpis i pieczątka pracownika)	*(podpis i pieczątka Kierownika Działu Pieczy Zastępczej)*	*(podpis i pieczątka Kierownika Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lęborku)*