

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA (IPU)

Opracowany dnia

DLA OSOBY USAMODZIELNIANEJ Z PIECZY ZASTĘPCZEJ:
z rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawczej,
regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej

.....
Powiat właściwy do ponoszenia wydatków na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie

.....
Powiat osiedlenia się osoby usamodzielnianej

I. INFORMACJE O OSOBIE USAMODZIELNIANEJ

1
Imię i nazwisko

2
Data i miejsce urodzenia Nr PESEL

3
Telefon kontaktowy

4
Aktualne miejsce zamieszkania

5
Adres zameldowania na pobyt stały

6
Miejsce zamieszkania przed umieszczeniem po raz pierwszy w pieczy zastępczej, podać adres

7 Czy osoba usamodzielniana posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

1. TAK 2. NIE

.....
Podać: znak i datę wydania, stopień niepełnosprawności, na jaki okres

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

1. TAK 2. NIE

.....
Wyrok Sądu sygnatura akt, data

II. INFORMACJE O PIECZY ZASTĘPCZEJ

1

Nazwa i rodzaj ostatniej pieczy zastępczej (wymienić rodzinę z imienia i nazwiska lub/i nazwę placówki, określić rodzaj pieczy- rodzina zastępcza spokrewniona/niezawodowa/zawodowa/RDD/rodzaj placówki opiekuńczo-wychowawczej)

2

Adres pieczy zastępczej

3

Podstawa umieszczenia w pieczy zastępczej (podać nazwę Sądu, sygnaturę i datę wydania postanowienia)

4

Okresy pobytu w pieczy zastępczej: podać daty umieszczenia i zwolnienia oraz nazwy wszystkich form pieczy zastępczej, w której osoba usamodzielniana przebywała na podstawie postanowienia Sądu.

5

Łączny okres pobytu w pieczy zastępczej

6. Po osiągnięciu pełnoletności przebywając w pieczy zastępczej: będę nadal przebywał/ła / nie będę przebywał/ła w dotychczasowej formie pieczy zastępczej: **1. TAK 2. NIE**

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

1

Imię i nazwisko

2

Kim opiekun usamodzielnienia jest dla osoby usamodzielnianej

3

Wskazanie, zgoda na pełnienie funkcji opiekuna z dnia

4
Adres zamieszkania

5
Nr telefonu

IV. INFORMACJE O RODZINIE BIOLOGICZNEJ

1. OJCIEC
.....
.....
Imię i nazwisko, władza rodzicielska, kontakty

2. MATKA
.....
.....
Imię i nazwisko, władza rodzicielska, kontakty

3. RODZINA
.....
.....
Imię i nazwisk, pokrewieństwo, kontakty

V. IPU

1. **Zakres współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia:**

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

2. **Sposób uzyskania przez osobę usamodzielnianą wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych:**

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

Określić kontynuowanie nauki: w szkole, w zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni, na kursach - ich ukończenie musi być zgodne z IPU, przygotowanie do zawodu u pracodawcy.

3. Sposób uzyskania przez osobę usamodzielnianą pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych

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

4. Sposób uzyskania przez osobę usamodzielnianą pomocy w podjęciu zatrudnienia

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

5. Korzystanie z pomocy prawnej i psychologicznej

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

6. Pomoc przysługująca osobie usamodzielnianej po złożeniu wniosku o przyznanie spełnieniu warunków określonych w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:

a. Pomoc na kontynuowanie nauki:

- Przybliżony termin złożenia wniosku

b. Pomoc na usamodzielnienie:

- Przybliżony termin złożenia wniosku o pomoc na usamodzielnienie:

.....
.....

- Pomoc na usamodzielnienie będzie wypłacana jednorazowo/ w ratach:

c. Pomoc na zagospodarowanie

- Przybliżony termin złożenia wniosku:
- Pomoc na zagospodarowanie: formie pieniężnej / czy w formie rzeczowej:

.....

ZOBOWIĄZANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

1. Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w
2. Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem usamodzielnienia w celu skutecznej realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.
3. Zobowiązuję się w przypadku kontynuowania nauki do dostarczania do PCPR stosownego zaświadczenia o pobieraniu nauki, odbywaniu przygotowania do zawodu na kursach lub u pracodawcy w okresach:
4. Zobowiązuję się do dokonywania wraz z opiekunem usamodzielnienia, pracownikiem właściwego powiatowego centrum pomocy rodzinie i dyrektorem PCPR oceny indywidualnego programu usamodzielnienia.
5. Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
6. Zapoznałam/em się z załącznikiem do niniejszego indywidualnego programu usamodzielnienia – informacją dla osoby usamodzielnianej.
7. Oświadczam, że posiadam kopię mojego indywidualnego programu usamodzielnienia.

.....
podpis osoby usamodzielnianej

.....
podpis opiekuna usamodzielnienia

.....
(podpis i pieczęć osoby współpracującej: koordynator
pieczy zastępczej, dyrektor placówki op.-wych,
wychowawca, pracownik OPZ/PCPR)

IPU ZATWIERDZAM

Podpis i pieczęć właściwego do ponoszenia wydatków
na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie Dyrektora PCPR

OŚWIADCZENIE

(klauzula informacyjna zgodna z RODO)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu usamodzielnienia - zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 24 maja 2018 r.poz.1000).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą: 96-500 Sochaczew, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65, tel.46 864 18 01, adres email: pcprsoch@powiatsochaczew.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01, e-mail: pcprsoch@powiatsochaczew.pl
3. Celem zbierania danych jest: proces usamodzielnienia.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt. 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.

7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (Dz. U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie