

CZĘŚĆ B

SZCZEGÓŁOWO – PLANISTYCZNA

W związku ze zbliżającym się okresem mojego usamodzielnienia się przekładam indywidualny program usamodzielnienia.

Lp.	Wyszczególnienie potrzeb	Plan podejmowanych działań	Czasookres realizacji
1.	Zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych: Planowane miejsce osiedlenia	
2.	Pomoc w ustaleniu uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, wybór lekarza rodzinnego, leczenie specjalistyczne	

Lp.	Wyszczególnienie potrzeb	Plan podejmowanych działań	Czasookres realizacji
3.	Kontynuacja nauki zgodna z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnionej (typy szkół, uzyskanie kwalifikacji zawodowych):	1..... 2..... 3.....	
4.	Uzyskanie dodatkowych kwalifikacji (kursy, szkolenia)	

Lp.	Wyszczególnienie potrzeb	Plan podejmowanych działań	Czasookres realizacji
5.	Działania zmierzające do uzyskania stałego źródła dochodu: podjęcia zatrudnienia, uzyskania renty, zasiłków (stałego, pielęgnacyjnego).	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
6.	Zakres współdziałania z opiekunem usamodzielnienia:	<p>1. Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń: (opiniowanie wniosków)</p> <p>a) pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki;</p> <p>b) pomoc rzeczowa na zagospodarowanie,</p> <p>c) pomoc pieniężna na usamodzielnienie.</p> <p>2.wspieranie w kontaktach z rodziną i środowiskiem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt z OPS i zaznajomienie z możliwościami uzyskania pomocy: <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3.Inne wg potrzeb:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Plan usamodzielnienia wychowanka został opracowany dnia przez:

Lp.	Imię i nazwisko	Status osoby	Podpis
1.		Wychowanek	
3.		Opiekun	
4.		Inni	

Zobowiązuję się:

**- do realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia
- po zakończeniu realizacji ww. programu usamodzielnienia do dokonania jego oceny końcowej**

Zobowiązuję się:

**-do współdziałania w realizacji poszczególnych postanowień indywidualnego programu usamodzielnienia wychowanka
-po zakończeniu realizacji programu usamodzielnienia do dokonania jego oceny końcowej**

.....
podpis osoby usamodzielnianej

.....
.podpis opiekuna

Zatwierdzam indywidualny program usamodzielnienia

Puławy, dnia.....

.....
Podpis Dyrektora PCPR w Puławach