



## AKTUALIZACJA

sporządzona w dniu .....

do INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA

z dnia .....

### 1. INFORMACJE O OSOBIE USAMODZIELNIANEJ

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Telefon kontaktowy	
Adres zamieszkania	

### 2. DANE DOTYCZĄCE PROCESU USAMODZIELNIENIA

Czy osoba usamodzielniana zamierza pozostać w pieczy zastępczej na mocy art. 37 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej?	<input type="checkbox"/> TAK -na podstawie: <i>kontynuacji nauki/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*</i> <input type="checkbox"/> NIE
Planowany termin usamodzielnienia	
Powiat osiedlenia	

### 3. CELE I PLAN DZIAŁANIA

Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe (do 25 roku życia)	
Plany dotyczące kontynuowania nauki i zdobywania kwalifikacji zawodowych	
Termin realizacji	
Uzyskanie odpowiednich warunków mieszkaniowych	
Planowane miejsce zamieszkania	
Termin realizacji	

<b>Podjęcie zatrudnienia</b>	
<b>Planowane podjęcie zatrudnienia</b>	
<b>Termin realizacji</b>	
<b>Uzyskanie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego</b>	
<b>Planowane ubezpieczenie zdrowotne</b>	
<b>Termin realizacji</b>	

#### **4. PLANOWANE KORZYSTANIE Z PRZYŚLUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ**

<b>Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wnioski o przyznanie pomocy:</b>	
<b>na kontynuowanie nauki?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> – w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>na usamodzielnienie?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> - w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>na zagospodarowanie?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> – w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> – w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>w uzyskaniu zatrudnienia?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> – w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>prawnej i psychologicznej?</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> – w terminie ..... <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>

### **DEKLARACJA**

**Zobowiązuję się do realizacji programu usamodzielnienia.**

.....  
Data i podpis opiekuna usamodzielnienia

.....  
Data i podpis osoby usamodzielnianej

***Zatwierdzam / nie zatwierdzam\*:***

.....  
Data i podpis kierownika/dyrektora  
właściwego PCPR/MOPR/MOPS

***\*Niepotrzebne skreślić***