**Załącznik Nr 29** do Zarządzenia Nr 5/2023

z dnia 9 lutego 2023r.

Dyrektora Powiatowego Centrum

Pomocy Rodzinie w Sanoku

Aneks nr ……….

z dnia …………………

do Indywidualnego Programu Usamodzielnienia

z dnia ………………………………….

wychowanki/wychowanka………………………………………………

Sanok, dnia ……………………………

W Indywidualnym Programie Usamodzielnienia ……………………………………………

 (imię i nazwisko wychowanki/wychowanka)

 z dnia ………………………….. wprowadza się następujące zmiany:

**V. Indywidualny Program Usamodzielnienia – część szczegółowa z harmonogramem działań**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj pomocy** | **Plan podejmowanych działań** | **Data realizacji** | **Osoby i instytucje****wspierające** |
| **1.Wykształcenie/ kwalifikacje zawodowe – sposób uzyskania****Pomoc na kontynuowanie nauki** | **Plan kontynuowania nauki:** |  |  |
|  |
| **2.Pomoc w uzyskaniu****odpowiednich warunków****mieszkaniowych**  |  |  |  |
| **3.Pomoc w zakresie podjęcia zatrudnienia** |  |  |  |
| **4.Pomoc na usamodzielnienie****(jednorazowa/ w ratach)** |  |  |  |
| **5.Pomoc na zagospodarowanie****(w formie pieniężnej/ w formie rzeczowej)**  |  |  |  |
| **6.Pomoc prawna,** **pomoc psychologiczna** |  |  |  |

Dodaje się pkt VI.

VI. Powrót do rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo- wychowawczej nastąpił zgodnie z art. 37 ust. 4-6 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

1. Chcę powrócić do dotychczasowej rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo – wychowawczej
2. Pobyt w rodzinnej pieczy zastępczej ustał w okresie 6 miesięcy przed osiągnięciem przeze mnie pełnoletności na skutek śmierci osób tworzących rodzinę zastępczą
3. Rozwiązano albo zlikwidowano dotychczasową rodzinę zastępczą/placówkę opiekuńczo – wychowawczą

Oświadczam, że spełniam wymagania określone w art. 37 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj.

- uczę się w szkole

- uczę się w uczelni

- uczę się u pracodawcy w celu przygotowania zawodowego

- uczę się na kursach, jeżeli ich ukończenie jest zgodne z indywidualnym programem usamodzielnienia

- legitymuję się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

1. Pkt VI nie dotyczy

Pozostałe punkty Indywidualnego Programu Usamodzielnienia pozostają bez zmian. Niniejszy Program stanowi integralną cześć Indywidualnego Programu Usamodzielnienia z dnia …………………..wychowanki/wychowanka rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej ……………………………..

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

 /miejscowość, data, podpis usamodzielnianego wychowanka/

Akceptuję Aneks nr …. z dnia ……………. do „Indywidualnego Programu Usamodzielnienia”

z dnia ………………. wychowanki/wychowanka ………………..

i przychylam się do zmian w nim zawartych.

……………………………………………………………………….

 /akceptacja opiekuna usamodzielnienia, data, podpis/

…………………………………...........................................................

…………………………………...........................................................

 /akceptacja PCPR, data, podpis/