

PROGRAM USAMODZIELNIENIA

I. Dane osobowe

1. Imię i nazwisko

.....

2. Data i miejsce urodzenia

.....

3. Miejsce stałego zameldowania

.....

4. Powiat właściwy względem położenia placówki lub zamieszkania rodziny zastępczej

.....

5. Powiat, z którego przybył wychowanek przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo – wychowawczej

.....

6. Powiat, na terenie którego wychowanek ma zamiar zamieszkać po opuszczeniu rodziny zastępczej lub placówki opiekuńczo- wychowawczej

.....

.....

II. Informacje o wychowanku

➤ Ukończone szkoły:

L.p.	Nazwa szkoły	Posiadane kwalifikacje zawodowe	Data ukończenia nauki
1.			
2.			
3.			

Inne posiadane kwalifikacje:

L.p.	Nazwa kursu/szkolenia	Data ukończenia
1.		
2.		

➤ Osoby wspierające wychowanka

.....

.....

- Czy wychowanek posiada **dostęp do ubezpieczenia społecznego**, świadczeń zdrowotnych -jeśli nie, to dlaczego

.....

- **Informacja o sytuacji zdrowotnej**

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....

.....

Oświadczam, że przebywam/ nie przebywam w domu pomocy społecznej lub placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym lub przewlekle chorym

.....

.....

- Szkoła/uczelnia, w której kontynuuję naukę zapewnia/nie zapewnia nieodpłatną naukę i nieodpłatne pełne utrzymanie

- Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), oświadczam, że **nie byłem/byłem karany za przestępstwo umyślne i nie toczy/toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.**

III. Oświadczam, że po osiągnięciu pełnoletności zamierzam:

- 1) opuścić rodzinę zastępczą/ placówkę

.....

.....

- 2) pozostać w rodzinie zastępczej/ placówce do czasu ukończenia nauki (podać szkołę oraz przewidywany termin ukończenia nauki

.....

.....

IV. Oświadczam, że przed umieszczeniem w pieczy zastępczej mieszkałam/em

.....

Oświadczam, że po usamodzielnieniu się zamierzam osiedlić się

.....

.....

- V. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że zostałam/em

poinformowana/y, iż **udzielanie pracownikowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym może spowodować wyegzekwowanie zwrotu bezprawnie uzyskanych świadczeń**

VI. Dane dotyczące placówki:

1. Nazwa i adres placówki opiekuńczo-wychowawczej

.....
.....

2. Data umieszczenia w placówce

.....

3. Podstawa umieszczenia – postanowienie Sądu Rejonowego w

.....

Sygn. akt

.....

Data wydania postanowienia

.....

4. Osoba uczestnicząca w usamodzielnieniu za strony placówki

.....
.....

5. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez placówkę:

L.p.	Zakres i rodzaj pomocy	Czasookres
1.		
2.		
3.		

VII. Dane dotyczące rodziny zastępczej:

1. Rodzina zastępcza

.....

2. Stopień pokrewieństwa

.....

3. Miejsce zamieszkania

.....

4. Data umieszczenia wychowanka w rodzinie zastępczej

.....

5. Podstawa umieszczenia – postanowienie Sądu Rejonowego w

.....

Sygn. akt

.....

Data wydania postanowienia

.....

6. Osoba uczestnicząca w usamodzielnieniu za strony rodziny zastępczej

.....

7. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinę zastępczą:

L.p.	Zakres i rodzaj pomocy	Czasookres
1.		
2.		
3.		

VIII. Dane rodziny naturalnej:

Matka

1. Imię i nazwisko

.....

2. Miejsce zamieszkania

.....

3. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez matkę:

L.p.	Zakres i rodzaj pomocy	Czasookres
1.		
2.		
3.		

Ojciec

1. Imię i nazwisko

.....

2. Miejsce zamieszkania

.....

3. Zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez ojca:

L.p.	Zakres i rodzaj pomocy	Czasookres
1.		
2.		
3.		

IX. Informacje odnośnie warunków mieszkaniowych, kontynuacji nauki, sposobu wykorzystania świadczeń na usamodzielnienie

L.p.	Wyszczególnienie potrzeb	Sposób ich realizacji	Czasookres
1.	Zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych		
2.	Kontynuacja nauki lub znalezienie pracy		
3.	Pomoc pieniężna (proponowany sposób jej wykorzystania)	Świadczenie na kontynuowanie nauki:	
		Jednorazowe świadczenie na usamodzielnienie:	
		Świadczenie w formie rzeczowej:	

X. Plan usamodzielnienia – propozycje wychowanka

L.p.	Zadanie do realizacji	Data realizacji	Osoby i instytucje wspierające	Uwagi
1.				

2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

XI. Propozycje opiekuna wychowanka dotyczące usamodzielnienia

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

Plan usamodzielnienia opracowano dnia

.....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do otrzymania świadczeń na usamodzielnienie

Zobowiązuję się do realizowania programu usamodzielnienia opracowanego przy moim współdziale

L.p.	Imię i nazwisko	Status osoby	Podpis
1.		Wychowanek	
2.		Opiekun usamodzielnienia	
3.		Pracownik PCPR	

Akceptuję opracowany plan usamodzielnienia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
.....
(adres)

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż **udzielanie pracownikowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym może spowodować wyegzekwowanie zwrotu bezprawnie uzyskanych świadczeń** zgodnie z art. 92 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 09 czerwca 2011 r. lub/i art. 98 ustawy o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.

Ponadto oświadczam, że zgodnie z art. 233 § 6 Kodeksu Karnego, za składanie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
.....
(adres)

Informacja o sytuacji zdrowotnej

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
.....

Oświadczam, że przebywam/ nie przebywam w domu pomocy społecznej lub placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym lub przewlekle chorym

.....
.....

.....
(podpis wychowanki/a)

Informacja dot. kontynuowania nauki w szkole lub uczelni, która zapewnia nieodpłatną naukę i nieodpłatne pełne utrzymanie

Kontynuuję/ nie kontynuuję nauki w w/w szkole

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

.....
(podpis wychowanki/a)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uprawniającymi do otrzymania świadczeń na usamodzielnienie.

.....
(podpis)

.....
(miejsce i data)

.....
.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), oświadczam, że nie byłem/em karana/ly za przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

.....
(podpis wychowanki/a)

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y

Zgodnie z art. 23 Ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. **wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych w zakresie działalności Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie.**

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie** zadań określonych ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawą o pomocy społecznej.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/any o:

- adresie **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (ul. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno)**, jako administratora danych osobowych;
- przysługujących mi na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych, uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia – tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(miejsowość i data)

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że po osiągnięciu pełnoletności zamierzam

1) opuścić rodzinę zastępczą/ placówkę

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

2) pozostać w rodzinie zastępczej/ placówce do czasu ukończenia nauki (podać szkołę oraz przewidywany termin ukończenia nauki

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

.....
(podpis wychowanka)

Klauzula informacyjna

dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie
ubiegających się o świadczenia na usamodzielnienie

Na podstawie art. 13 ust.1 i ust.2 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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie, ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno, tel. 34 350 51 25.
2. W sprawach dotyczących ochrony Pani/Pana danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych, iod@pcprolesno.pl, tel.34 350 51 25.
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków określonych przepisami prawa w związku z realizacją programu usamodzielnienia oraz uzyskaniem pomocy dla osób usamodzielnianych opuszczających po osiągnięciu pełnoletności rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, regionalną placówkę opiekuńczo-terapeutyczną oraz dla osób pełnoletnich opuszczających dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę i młodzieżowy ośrodek wychowawczy zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2022 r., poz. 447), ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268), rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 3 sierpnia 2012r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie (Dz.U. z 2012r., poz. 954).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie a dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa bądź na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Zebrane dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.).
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych wskazanych we wniosku wynika z przepisów prawa i jest obowiązkowe.
8. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie nie będą profilowane.