



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Nazwa projektu	„Razem w Dorosłość”		
Nr umowy	FERS.05.01-IZ.00-0025/25	Priorytet 5	Innowacje społeczne
Okres realizacji	01.01.2026-30.06.2029	Działanie 5.1	Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 54/2026
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Słupsku z dnia 5 sierpnia 2026 roku.

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

*(wypełnia osoba usamodzielniana wraz z opiekunem usamodzielnienia we współpracy
z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej/psychologiem/wychowawcą placówki)*

I. DANE EWIDENCYJNE:

- Planowany termin usamodzielnienia.....
- Powiat usamodzielnienia.....
- Gmina usamodzielnienia.....

II. INFORMACJE O WYCHOWANKU:

- Imię i Nazwisko.....
- Data urodzenia.....
- Miejsce urodzenia.....
- Numer telefonu / e-mail.....
- Miejsce stałego zameldowania.....
- Miejsce obecnego zamieszkania.....
- Źródła dochodu osoby usamodzielnianej.....

III. DANE DOTYCZĄCE PRZEBYWANIA W RZ / RDD / PLACÓWCE:

Lp.	Nazwa, adres	Podstawa umieszczenia	Okres przebywania

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

IV. DANE DOTYCZĄCE RODZINY BIOLOGICZNEJ

Matka biologiczna	
Imię i nazwisko	
Miejsce zamieszkania, nr telefonu	
Warunki materialne	
Warunki mieszkaniowe	
Rodzaj kontaktów z rodzicem biologicznym	
Zakres i rodzaj oferowanej pomocy	
Ojciec biologiczny	
Imię i nazwisko	
Miejsce zamieszkania, nr telefonu	
Warunki materialne	
Warunki mieszkaniowe	
Rodzaj kontaktów z rodzicem biologicznym	
Zakres i rodzaj oferowanej pomocy	

3. Osoby znaczące dla wychowanka w szczególności rodzeństwo i krewni

Imię i nazwisko	Miejsce zamieszkania	Zakres i rodzaj oferowanej pomocy

V. DANE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA I POSIADANYCH KWALIFIKACJI

Lp.	Nazwa szkoły / kursu / szkolenia	Posiadane kwalifikacje zawodowe	Data ukończenia

VI. USTALENIE UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Czy osoba usamodzielniana posiada ubezpieczenie zdrowotne?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie
--	--

Proszę podać z jakiego tytułu.....

VII. SYTUACJA ZDROWOTNA OSOBY USAMODZIELNIANEJ

- Nazwa i adres przychodni
- Imię i nazwisko lekarza I kontaktu / specjalisty.....
- Orzeczony stopień niepełnosprawności osoby usamodzielnianej.....
.....
- Termin obowiązywania orzeczenia.....

VIII. OPIEKUN USAMODZIELNIENIA

- imię i nazwisko.....
- adres kontaktowy, telefon.....
- stopień pokrewieństwa.....

IX. DIAGNOZA POZIOMU SAMODZIELNOŚCI OSOBY USAMODZIELNIANEJ

RELACJE
ZDROWIE

EDUKACJA
PRACA
MIESZKANIE
SPRAWY FORMALNO - PRAWNE

X. PROFIL OSOBY USAMODZIELNIAJĄCEJ

MOCNE STRONY
ZASOBY I OSOBY WSPIERAJĄCE
DEFICYTY

--

XI. CELE PROCESU USAMODZIELNIENIA (krótko-, średnio- i długoterminowe dla poszczególnych obszarów sformułowane metoda SMART)

RELACJE
ZDROWIE
EDUKACJA
PRACA
MIESZKANIE
SPRAWY FORMALNO - PRAWNE

XI. PLANOWANE KORZYSTANIE Z PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ

Pomoc na kontynuowanie nauki	
Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na kontynuowanie nauki?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie
<i>w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania</i>	
Planowany termin złożenia wniosku	
Pomoc na usamodzielnienie	
Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na usamodzielnienie?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie
<i>w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania</i>	
Planowany termin złożenia wniosku	
Planowane przeznaczenie pomocy na usamodzielnienie	
Pomoc na zagospodarowanie	
Czy osoba usamodzielniana zamierza złożyć wniosek o przyznanie pomocy na zagospodarowanie?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie
<i>w przypadku pozytywnej odpowiedzi należy udzielić odpowiedzi na poniższe pytania</i>	
Planowany termin złożenia wniosku	
Planowane przeznaczenie pomocy na zagospodarowanie	
Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych	
Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie
Jeżeli tak to kiedy i w jakiej formie?	
Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia	
Czy osoba usamodzielniana planuje korzystanie z pomocy w uzyskaniu zatrudnienia?	<i>należy wpisać „X” w odpowiedni kwadrat</i> ☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak to kiedy i w jakiej formie?	
--	--

XII. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

Lp.	Zadania do realizacji przez osobę usamodzielnianą	Data realizacji	Kryterium sukcesu	Osoby i instytucje wspierające
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

ZOBOWIĄZANIE OSOBY USAMODZIELNIANEJ

- Zobowiązuję się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku.

- Zobowiązuję się do aktywnego współdziałania z opiekunem usamodzielnienia i pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku w celu skutecznej realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia.
- Zobowiązuję się do dokonywania wraz z opiekunem usamodzielnienia okresowych ocen stopnia realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, a po zakończeniu jego realizacji oceny końcowej procesu usamodzielnienia.
- Zobowiązuję się do poinformowania pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku w Słupsku o każdej zmianie mojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, w tym szczególnie o zmianie szkoły i miejsca zamieszkania.
- Program usamodzielnienia wychowanka został opracowany dnia.....

Niniejszy indywidualny program usamodzielnienia został sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....
(sporządzono we współpracy)

.....
(podpis Dyrektora MOPR)

Oświadczam, że posiadam kopię mojego indywidualnego programu usamodzielnienia.

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)