**Załącznik Nr 30** 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. Pomoc w zakresie uzyskania****wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby usamodzielnianej****Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki** | **Plan kontynuowania nauki:** |  |  |
|  |
| **2. Uzyskania kwalifikacji zawodowych**  |  |  |  |
| **3. Pomoc w uzyskaniu****odpowiednich warunków****mieszkaniowych**  |  |  |  |
| **4.Pomoc pieniężna na usamodzielnienie.**  |  |  |  |
| **5. Pomoc pieniężna na zagospodarowanie**  |  |  |  |
| **6. Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia** |  |  |  |
| **7. Pomoc psychologiczna** **pomoc prawna**  |  |  |  |
| **8.Pomoc w ustaleniu uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego** |  |  |  |
| **9. Współdziałanie i wspieranie w kontaktach z rodziną i środowiskiem** |  |  |  |

Pozostałe punkty Indywidualnego Programu Usamodzielnienia pozostają bez zmian. Niniejszy Program stanowi integralną cześć Indywidualnego Programu Usamodzielnienia z dnia .…………………... wychowanki/wychowanka …………………………………........... …………………………………………………………………………………………………...

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

 /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/