

....., dnia r.

WSKAZANIE OSOBY PEŁNIĄCEJ FUNKCJĘ OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

przebywający w:
(imię i nazwisko rodziny zastępczej/nazwa placówki opiekuńczo wychowawczej)

wskazuję na opiekuna usamodzielnienia Pana/Panią:

.....

.....
(podpis osoby usamodzielnianej)

Informacje o opiece usamodzielnienia:

1. Imię i nazwisko, data urodzenia:
2. Stopień pokrewieństwa:
3. Miejsce zamieszkania:
4. Telefon kontaktowy/mail:

ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna programu usamodzielnienia dla:

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

i zobowiązuje się do wykonania zadań wynikających z jej pełnienia poprzez:

- 1) zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
- 2) opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia;
- 3) ocenę realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie;
- 4) udzielanie pomocy i wskazywanie sposobów załatwiania codziennych bieżących spraw;
- 5) udzielanie pomocy i wskazówek w załatwianiu spraw urzędowych;
- 6) monitorowanie postępów w nauce, utrzymanie kontaktu ze szkołą;
- 7) opiniowanie wniosków na przyznanie pomocy;
- 8) współpracę z pracownikami placówki/pcpr/mops/mopr na rzecz dobra osoby usamodzielnianej.

.....
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Akceptuję/nie akceptuję* kandydaturę opiekuna usamodzielnienia

.....
(data zatwierdzenia i podpis kierownika/dyrektora PCPR
powiatu właściwego do ponoszenia wydatków
na finansowanie pomocy na kontynuowanie nauki i usamodzielnienie)

* Niepotrzebne skreślić