

.....
imię i nazwisko

Data.....

.....
adres zamieszkania

.....

O ś w i a d c z e n i e o s o b y u s a m o d z i e l n i a n e j

Jako osobę, która podejmie się pełnienia funkcji opiekuna w procesie mojego

usamodzielnienia wskazuję
stopień pokrewieństwa imię i nazwisko kandydata na opiekuna

.....
czytelny podpis osoby usamodzielnianej

.....
imię i nazwisko

Data.....

.....
adres zamieszkania

.....

O ś w i a d c z e n i e o p i e k u n a u s a m o d z i e l n i e n i a

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna dla.....
na okres usamodzielnienia.

Zostałam/em poinformowany, że da zadań opiekuna należy:

1. zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
2. opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia
3. ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie,
4. współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym zwłaszcza ze szkołą oraz gminą,
5. opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i na kontynuowanie nauki,
6. wspieranie osoby usamodzielnianej w realizacji indywidualnego programu,
7. udzielanie pomocy w uzyskaniu przysługujących osobie usamodzielnianej świadczeń.

.....
czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia

Akceptuję Panią/Pana na opiekuna usamodzielnienia

Pana /Pani

.....
podpis Dyrektora PCPR