Gorzów Wlkp., dnia ……..……

……...
(imię i nazwisko)

……
(adres)

……

……
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

……...
(imię i nazwisko wychowanka, data urodzenia, adres zamieszkania, numer telefonu)

……...

Do zadań opiekuna usamodzielnienia należy:

1. zaznajomienie się z dokumentacja i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
2. opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia, co najmniej na miesiąc przed osiągnięciem przez osobę usamodzielnianą pełnoletności,
3. dokonywanie wspólnie z osobą usamodzielnianą zmian w indywidualnym programie usamodzielnienia,
4. sporządzanie z osobą usamodzielnianą końcowej oceny procesu usamodzielnienia,
5. współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz z gminą,
6. opiniowanie wniosków o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki i zagospodarowanie.

…….
(podpis opiekuna usamodzielnienia)