

....., dniar.

WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja

zamieszkała/y.....

wskazuję na opiekuna mojego programu usamodzielnienia:

Panią/Pana.....

Legitymującą/ego się dowodem osobistym.....

zamieszkałą/ego

TELEFON :

UZASADNIENIE

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

.....

(podpis osoby usamodzielnianej)

ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna programu usamodzielnienia Pani/a

.....

i daję rękojmię należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

Do moich zadań należy:

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnioną indywidualnego programu usamodzielnienia;
3. Ocena realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie;
4. Współpraca z osobą usamodzielnianą w celu realizacji założeń programu usamodzielnienia;
5. Współpraca z osobą usamodzielnianą oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą;
6. Opiniowanie wniosku o pomoc wskazaną w art. 140 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 149 poz. 887 ze zm.).

.....

(podpis opiekuna programu usamodzielnienia)