

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Tel.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Człuchowie

OŚWIADCZENIE O WYBORZE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

W związku z uzyskaniem pełnoletności w dniu
na opiekuna usamodzielnienia wskazuję

.....
(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

.....
(adres)

.....
(telefon)

.....
(miejsowość, data, podpis osoby usamodzielnianej)

ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla

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

Oświadczam, że znane są mi zadania związane z pełnieniem tej funkcji. Zobowiązuję się – w terminie określonym ustawowo – do opracowania wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia oraz do troski i zaangażowania w pełną jego późniejszą realizację.

Jednocześnie informuję, że zapoznałam/em się z poniższymi zadaniami opiekuna osoby usamodzielnianej:

1. zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
2. opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia;
3. ocena realizacji indywidualnego 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 pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.

.....
(miejsowość, data, podpis opiekuna usamodzielnienia)

AKCEPTACJA OPIEKUNA PRZEZ KIEROWNIKA PCPR

.....
(miejsowość, data, podpis dyrektora PCPR)