

.....
/imię i nazwisko/

.....
/miejsowość, data/

ul.

.....
/adres zamieszkania/

nr tel.

e-mail:

.....
/stopień pokrewieństwa/

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna dla
/imię i nazwisko wychowanka/

na okres usamodzielnienia i zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

Zostałam(em) poinformowana(ny), że do zadań opiekuna usamodzielnienia należy:

- zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
- opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia,
- ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie,
- współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą,
- opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnianie, kontynuowanie nauki oraz o pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej.

(zgodnie z §9 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 3 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie. Dz.U. z dnia 23 sierpnia 2012 r., poz.954)

.....
/czytelny podpis opiekuna/