

Pszczyzna,

.....
/imię i nazwisko opiekuna usamodz./

.....

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon kontaktowy/

**PISEMNA ZGODA
NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla wychowanka/ki

.....ur.

zam.

pochozącej z Powiatu.....

z dniem.....

usamodzielnianego/nej z rodzinnej pieczy zastępczej/instytucjonalnej pieczy
zastępczej oraz wspieranie go/jej w utworzeniu i realizacji indywidualnego programu
usamodzielnienia oraz procesie usamodzielnienia.

.....
/podpis opiekuna usamodzielnienia/

Pszczyna, dnia

świadczenie

Opiekun oświadcza, że:

- a) podejmuje się funkcji opiekuna usamodzielnienia na wniosek usamodzielnianego,
- b) znana jest mi droga życiowa osoby usamodzielnianej,
- c) zobowiązuje się do aktywnego uczestnictwa w budowaniu i realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia wychowanka,
- d) zobowiązuję się do wspierania wychowanka w trakcie trwania całego procesu usamodzielnienia,

Do zadań opiekuna usamodzielnienia należy:

- zaznajamianie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej,
- wspólne opracowanie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia oraz jego zmian,
- opiniowanie wniosków o pomoc na usamodzielnienia i kontynuowanie nauki oraz na pomoc na zagospodarowanie,
- współpraca z rodziną/ placówką osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza, że szkołą.

.....
/ podpis osoby usamodzielnianej/

.....
/podpis opiekuna/