

Lubartów, dn.

.....
(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienie)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(stopień pokrewieństwa / funkcja)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna procesu usamodzielniania dla

.....
(imię i nazwisko usamodzielnianego wychowanka)

i zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

Zostałam poinformowana/y/, że do zadań opiekuna należy:

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia.
3. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie.
4. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej orz ze środowiskiem lokalnym, a zwłaszcza ze szkołą oraz gminą.
5. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.

(zgodnie z art. 145 ust. 2 i 3 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r.)

.....
(czytelny podpis)