

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 oraz 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 § 9 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie/*

.....  
(czytelny podpis)