

.....  
/ Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej /

.....  
/ Adres zamieszkania /

.....  
/ Telefon /

## Oświadczenie

### I. Wskazuję Panią / Pana

.....  
Imię i Nazwisko

na opiekuna usamodzielnienia, która / który podejmuje się pełnienia zadań z tą funkcją związanych.

#### **Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia :**

1. Imię i Nazwisko .....
2. PESEL .....
3. Seria i numer dowodu osobistego .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Telefon .....
6. Stopień pokrewieństwa .....

.....  
*Czytelny podpis osoby usamodzielnianej*

### II. Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna dla

.....  
Imię i Nazwisko osoby usamodzielnianej

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

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

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia;
3. Dokonywanie ocen okresowych oraz oceny końcowej realizacji programu usamodzielnienia;
4. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza z PCPR, ze szkołą oraz gminą;
5. Opiniowanie wniosku o pomoc na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie oraz na zagospodarowanie.

.....  
*Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia*

### III. Opinia koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej/dyrektora placówki dotycząca kandydata na opiekuna usamodzielnienia

.....  
*Data i podpis koordynatora/dyrektora placówki*

ZATWIERDZAM/ NIE ZATWIERDZAM\*

.....  
*Data i podpis Dyrektora PCPR*

*\* Niewłaściwe skreślić*