

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnionej)
.....
(adres zamieszkania)
.....

Na opiekuna usamodzielnienia wskazuję

.....
(imię i nazwisko osoby wskazanej na opiekuna usamodzielnienia)

.....
(miejsce zamieszkania, adres kontaktowy)

.....
(nr telefonu opiekuna usamodzielnienia)

.....
(data i podpis osoby usamodzielnionej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)
.....
(adres)
.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia.
Oświadczam, że zaznajomiłam/-em się z dokumentacją i drogą życiową osoby
usamodzielnionej. Jest mi znany zakres zadań opiekuna usamodzielnienia.¹

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

¹ Do zadań opiekuna usamodzielnienia należy: zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnionej; opracowanie i modyfikowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia; współpraca z rodziną osoby usamodzielnionej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą; opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.