....,

dnia.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(numer telefonu)

Zgoda na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zostanie opiekunem usamodzielnienia Pana/Pani..... ur....., aktualnie zamieszkałego/ej:.....

Jednocześnie zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

W razie zmiany moich danych kontaktowych obliguję się do poinformowania o tym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Śremie.

Do zadań opiekuna należy:

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

Opiekun zobowiązany jest do informowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o wszelkich zmianach dotyczących sytuacji życiowej usamodzielnianego wychowanka.

.....

(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Wyrażam zgodę:

.....

(podpis Kierownika PCPR)