………….……………........

…………………………………….. (miejsce, data)

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

……………………………………..

(adres, nr telefonu)

**Wskazuję Panią/Pana** ………………….…………………………………………..…………

(imię i nazwisko)

na opiekuna procesu usamodzielnienia.

……………………………

(podpis osoby usamodzielnianej)

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna procesu usamodzielnienia Pani/Pana**

………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

**Dane osobowe opiekuna procesu usamodzielnienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | ………………………………….………………. |
| Data urodzenia, PESEL | ………………………………………………… |
| Stopień pokrewieństwa / stanowisko | ………………………………………………… |
| Adres zamieszkania / miejsce zatrudnienia | …………………………………………………. |
| Nr telefonu | ………………………………………………….. |

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. Zostałam(em) poinformowany   
o konieczności aktualizacji danych osobowych, w przypadku ich zmiany.**

**Zostałam(em) poinformowana(ny), że do zadań opiekuna procesu usamodzielnienia 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, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą.
5. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną   
   na kontynuowanie nauki.

**Zobowiązuję się do należytego wykonania powierzonych mi zadań.**

…………...……..………………………

(podpis opiekuna procesu usamodzielnienia)

Akceptuję:

…..…………………………..

(podpis Dyrektora PCPR)