Dane wychowanka ………………………

Miejscowość, data

…………………………

Adres

…………………………..

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum**

**Pomocy Rodzinie**

**w Stargardzie**

Zmieniam opiekuna usamodzielnienia Panią/Pana……………………………………..... .....…………………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

Z powodu …………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

Na opiekuna usamodzielnienia wskazuję Panią/Pana ……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres)

………………………………

( data i podpis wychowanka/i)

………………………………

Miejscowość, data

…………………………………

Dane opiekuna usamodzielnienia

…………………………

Adres

…………………………..

tel

**Dyrektor**

**Powiatowego Centrum**

**Pomocy Rodzinie**

**w Stargardzie**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna w procesie usamodzielnienia wychowanka rodziny zastępczej/placówki ………………………………………………………………

( imię i nazwisko wychowanka)

Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z poniższymi zadaniami opiekuna osoby usamodzielnianej.

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

………………………………

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)