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)