

Toruń, dnia ..... r.

.....  
 /imię i nazwisko osoby usamodzielnianej/

ul. ....  
 /adres zamieszkania/

nr. tel.: .....  
 /telefon/

## WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Wskazuję Pana/Panią ..... na opiekuna usamodzielnienia,  
 /imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia/

Który/a podejmuje się pełnienia zadań związanych z tą funkcją.

### Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia:

1.	Imię i nazwisko	
4.	Adres zamieszkania	
5.	Telefon	
6.	Stopień pokrewieństwa /stanowisko w placówce	

.....  
 /czytelny podpis osoby usamodzielnianej/

.....  
 /czytelny podpis wskazanego opiekuna usamodzielnienia/

Otrzymują:

1. Osoba usamodzielniana
2. Opiekun usamodzielnienia
3. a/a MOPR Toruń

Toruń, dnia ..... r.

.....  
 /imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia/

ul. ....

nr. tel.: .....  
 /adres zamieszkania (telefon)/

## ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

dla .....  
 /imię i nazwisko osoby usamodzielnianej/

Oświadczam, że jest mi znana sytuacja życiowa osoby usamodzielnianej i **zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.**

Zostałam/em poinformowana/y, że do zadań opiekuna 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, kontynuowanie nauki oraz o pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej.*

.....  
 /czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia/

**Akceptuję ww. osobę na opiekuna usamodzielnienia**

.....  
 (data i podpis Dyrektora MOPR Toruń)

Otrzymują:

1. Osoba usamodzielniana
2. Opiekun usamodzielnienia
3. a/a MOPR Toruń