Sztum, dnia .....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

...../.....
(nr telefonu) (adres e-mail)

Proszę o zmianę dotychczasowego opiekuna usamodzielnienia, z powodu

.....

Wskazuję Panią/Pana:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Stopień pokrewieństwa/stanowisko w placówce .....

jako mojego nowego opiekuna usamodzielnienia.

.....
(data i czytelny podpis osoby usamodzielnianej)

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia

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 modyfikacja.

.....
(data i czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia)

Akceptuję w/w osobę na opiekuna usamodzielnienia

.....
(data i podpis Dyrektora PCPR w Sztumie)