……
(miejscowość i data)

…….
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

wskazuję na opiekuna usamodzielnienia …….
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, funkcja/st. pokrewieństwa)

…….

…….
(podpis osoby usamodzielnianej)

Zgodnie z §9 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 3 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie (Dz. U z 2012 r., poz. 954 z późn. zm.)

do zadań opiekuna usamodzielnienia należy:

1. zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
2. opracowanie i modyfikowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego 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 pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia Panią/Pana……

……. i zobowiązuje się do wykonywania wyżej wymienionych zadań
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

opiekuna usamodzielnienia.

…….
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ciechanowie akceptuje Pana/ Panią ……..

…… na opiekuna usamodzielniania wychowanka/ wychowanki
(imię i nazwisko

……..
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

……
(podpis Dyrektora PCPR)