

Ciechanów, dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej, forma pieczy zastępczej)

wskazuję na opiekuna usamodzielnienia .....

(Imię i nazwisko, adres zamieszkania, funkcja)

.....  
(podpis osoby usamodzielnianej)

**Do zadań opiekuna usamodzielnienia należy:**

- 1. Zapoznanie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.**
- 2. Stała współpraca z: rodziną osoby usamodzielnianej, szkołą, do której uczęszcza usamodzielniany, pracownikiem socjalnym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby usamodzielnianej.**
- 3. Monitorowanie i pomoc we właściwym wykorzystywaniu przez osobę usamodzielnianą pomocy na zagospodarowanie oraz pomocy pieniężnej na usamodzielnienie.**
- 4. Dokonywanie wspólnie z osobą usamodzielnianą modyfikacji indywidualnego programu usamodzielnienia.**
- 5. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie, pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki oraz pomoc na zagospodarowanie.**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna procesu usamodzielnienia Pana/Pani .....

.....  
(Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.....  
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

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

..... na opiekuna usamodzielnienia wychowanka/wychowanki

(Imię i nazwisko)

.....  
(Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.....  
(podpis Dyrektora PCPR w Ciechanowie)