

Wodzisław Śląski, dnia.....

WYZNACZAM

Panią/Pana.....

zam.....

Na opiekuna osoby usamodzielnianej opuszczającej.....

.....

na okres usamodzielnienia.....

zam.....

Do zadań opiekuna 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, szkołą, gminą.
5. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.

.....
podpis opiekuna

.....
podpis Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wodzisławiu Śląskim

