|  |
| --- |
|  |

 (miejscowość i data)

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, adres zamieszkania)

# OŚWIADCZENIE

## Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres aktualnego zamieszkania** |  |

Oświadczam, że dołożę wszelkich starań, by wszystkie zadania i obowiązki, które wynikają
z pełnienia tej funkcji były przestrzegane i wykonywane na bieżąco, skrupulatnie przy uwzględnieniu dobra osoby usamodzielnianej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość i data** |  |  |
| **Podpis osoby składającej oświadczenie**  |  |  |

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 indywidualnego 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 pieniężna na usamodzielnienie i pomoc na kontynuowanie nauki.