|  |
| --- |

(miejscowość, data)

| Imię i nazwisko |  |
| --- | --- |
| Adres zamieszkania |  |

**OPINIA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA DOTYCZĄCA WNIOSKU O UDZIELENIE POMOCY PIENIĘŻNEJ Z TYTUŁU USAMODZIELNIENIA**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

W dniu Pan/Pani

|  |
| --- |
|  |

aktualnie zamieszkała:

|  |
| --- |
|  |

złożył/a do Starosty Słupeckiego za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w wniosek z prośbą o przyznanie pomocy

pieniężnej z tytułu usamodzielnienia. We wniosku tym wskazał/a konkretne ważne potrzeby życiowe, na które pragnie przeznaczyć tę pomoc. Będąc opiekunem usamodzielnienia ww. wychowanka, w pełni akceptuję i przychylam się do potrzeb wymienionych w złożonym wniosku.

 Oświadczam, że wymienione potrzeby są niezbędne i ważne dla jego/jej życiowego usamodzielnienia się.

| Podpis opiekuna usamodzielnienia |  |
| --- | --- |