Załącznik nr 1

Wejherowo, dnia …...…………..r

**WSKAZANIE OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Ja………………………………………………………………………….………...…..……….

zamieszkała/y……………………………………………………………………………………

**wskazuję na opiekuna mojego programu usamodzielnienia:**

Panią/Pana……………………………………………………………….………………………

Legitymującą/ego się dowodem osobistym………………………………………..……………

zamieszkałą/ego…………………………………………………….………………...…………

adres do kontaktu ( pocztowy/e-mail)…………………………………………………………

PESEL………………………………………………………………………………………….

TELEFON :……………………………………………………………………………….…..…

**UZASADNIENIE**

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………….……

…………………..…………………..

(podpis osoby usamodzielnianej)

**ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna programu usamodzielnienia Pani/a

……………………………………………………………….…..................................................

i daję rękojmię należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

..................……………………………..

(podpis opiekuna programu usamodzielnienia)

**Akceptuję Panią/Pana na opiekuna programu usamodzielniania.**

..................…………………………

(podpis Dyrektora PCPR )

Załącznik nr 2

**………………………………………….. Wejherowo, dnia ……….**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

( dane opiekuna usamodzielnienia)

**Oświadczenie**

**Oświadczam, że w dniu ……………….zostałem/łam poinformowany/a w PCPR w Wejherowie o prawach i obowiązkach wynikających z pełnienia przeze mnie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla ………………………………………………………………………………………………**

**(**imię nazwisko adres zamieszkania osoby usamodzielnianej**)**

Jestem świadomy/a, że do moich zadań należy w szczególności:

* + - 1. zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;
      2. opracowanie i modyfikowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego

programu usamodzielnienia ( IPU);

* + - 1. współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym,

zwłaszcza ze szkołą oraz Gminą,

* + - 1. współpraca z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie w zakresie wsparcia osoby usamodzielnianej,
      2. opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na

kontynuowanie nauki.

…………………………………

Podpis opiekuna usamodzielnienia

Załącznik nr 3

Wejherowo, dnia …...…………..r

**ZMIANA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Ja………………………………………………………………………….………...…..……….

zamieszkała/y……………………………………………………………………………………

dokonuję zmiany opiekuna mojego programu usamodzielnienia

w związku ze:

□ śmiercią opiekuna usamodzielnienia

□ rezygnacją poprzedniego opiekuna z pełnienia funkcji

□ moją rezygnacją ze wsparcia dotychczasowego opiekuna usamodzielnienia, którą uzasadniam**……………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Wskazuję na opiekuna usamodzielnienia:**

Panią/Pana……………………………………………………………….………………………

Legitymującą/ego się dowodem osobistym………………………………………..……………

zamieszkałą/ego…………………………………………………….………………...…………

adres do kontaktu ( pocztowy/e-mail)…………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………..

TELEFON :……………………………………………………………………………….…..…

**UZASADNIENIE**

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………….……

…………………..…………………..

(podpis osoby usamodzielnianej)

**ZGODA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna programu usamodzielnienia Pani/a

……………………………………………………………….…..................................................

i daję rękojmię należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

..................……………………………..

(podpis opiekuna programu usamodzielnienia)

**Akceptuję Panią/Pana na opiekuna programu usamodzielniania.**

..................…………………………

(podpis Dyrektora PCPR)