..................................................................

(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.................................................................

(adres zamieszkania)

.................................................................

(telefon)

**OŚWIADCZENIE**

 Wskazuję Panią/Pana ................................................................................... na opiekuna

 (imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

usamodzielnienia, która/który podejmie się pełnienia zadań związanych z tą funkcją.

**Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia**:

1. Imię i nazwisko: ...............................................................................................................
2. Nr dowodu osobistego: ....................................................................................................
3. Adres zamieszkania: ........................................................................................................
4. Telefon: ...........................................................................................................................
5. Stopień pokrewieństwa: ...................................................................................................

.......................................................

 (czytelny podpis wychowanki/a)

*Podstawa prawna:*

*art. 145 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*

........................................................

 (miejscowość, data)

..................................................................

(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

.................................................................

(telefon)

.................................................................

(stopień pokrewieństwa)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna usamodzielnienia dla .............................................................................................. i zobowiązuję się do:

 (imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

- zaznajomienia się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej;

- opracowania i modyfikowania wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego programu usamodzielnienia;

- współpracy z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz z gminą;

- opiniowania wniosków o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki;

- współpracy z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hrubieszowie.

...............................................................

 (czytelny podpis)

Akceptuję kandydaturę ………..………………………………………….. na opiekuna usamodzielnienia wychowanka.

.......................................................

 (data i podpis dyrektora PCPR)

*Podstawa prawna:*

*art. 145 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*