

Trzcianka, dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres)

.....
(telefon)

**Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Trzciance**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna planu usamodzielnia wychowanka rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej

(imię i nazwisko wychowanka)

Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z poniższymi zasadami opiekuna osoby usamodzielnianej:

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą programu usamodzielnienia.
3. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą oraz gminą.
4. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.
5. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikacji.

.....
(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)