

Mińsk Mazowiecki, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia)

.....  
(adres zamieszkania/ telefon)

.....  
(stopień pokrewieństwa / funkcja)

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna procesu usamodzielniania dla

.....  
(imię i nazwisko usamodzielnianego wychowanka)

i zobowiązuję się do należytego wykonywania powierzonych mi zadań.

#### **Zostałam poinformowana/y/, że do zadań opiekuna należy:**

- 1) Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
- 2) Opracowanie i modyfikowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą indywidualnego 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 na kontynuowanie nauki.

.....  
(czytelny podpis)

*(zgodnie z § 9 Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 03 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielani pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie)*