



Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 5/2024
Dyrektora MOPR w Słupsku
z dnia 16.01.2024

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr tel. osoby usamodzielnianej)

Wskazanie i zgoda opiekuna usamodzielnienia

Wskazuję Panią/ Pana na swojego opiekuna
usamodzielnienia.

Dane osobowe opiekuna usamodzielnienia

1. Imię i Nazwisko
2. Adres zamieszkania lub miejsca pracy
3. Telefon kontaktowy
4. Stopień pokrewieństwa

.....
(data i podpis osoby usamodzielnianej)

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna dla :

.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

Zadania opiekuna:

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą Indywidualnego Programu Usamodzielnienia (zawierający plan podejmowanych działań, terminy ich realizacji oraz zobowiązanie osoby usamodzielnianej do realizacji poszczególnych postanowień programu).
3. Dokonywanie zmian w indywidualnym programie usamodzielnienia w przypadku zmiany sytuacji życiowej osoby usamodzielnianej.
4. Współpraca z rodziną osoby usamodzielnianej oraz ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza ze szkołą i MOPR w Słupsku.
5. Po zakończeniu procesu usamodzielnienia dokonanie oceny końcowej IPU.

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

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

.....
(podpis Dyrektora MOPR w Słupsku)