



Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 5/2024
Dyrektora MOPR w Słupsku
z dnia 16.01.2024

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wychowanka)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Zmiana opiekuna usamodzielnienia

Zmieniam opiekuna usamodzielnienia, którego funkcję pełniła

Pani/Pan.....

z powodu

.....

Na swojego opiekuna usamodzielnienia wskazuję Panią/Pana

.....

Adres kontaktowy

Numer telefonu

Stopień pokrewieństwa

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis wychowanka/i)

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)