



Nazwa projektu	„Razem w Dorosłość”		
Nr umowy	FERS.05.01-IZ.00-0025/25	Priorytet 5	Innowacje społeczne
Okres realizacji	01.01.2026-30.06.2029	Działanie 5.1	Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 54/2026
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Słupsku z dnia 5 sierpnia 2026 roku.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(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

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

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna dla.....
(imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

Zadania opiekuna:

1. przeprowadzenie diagnozy poziomu samodzielności wychowanka i określenie priorytetów pracy,
2. towarzyszenie wychowankowi w procesie jego usamodzielnienia,
3. pomoc w tworzeniu i realizacji Indywidualnego Programu Usamodzielnienia,
4. dokonywanie półrocznej realizacji IPU oraz końcowej oceny realizacji IPU,
5. koordynacja kontaktu wychowanka z instytucjami, pomocy w korzystaniu z systemu wsparcia specjalistycznego,
6. wsparcie emocjonalne i praktyczne, udział w sytuacjach „życia codziennego”,
7. reagowanie w kryzysie, bieżące doradztwo, motywowanie,



Nazwa projektu	„Razem w Dorosłość”		
Nr umowy	FERS.05.01-IZ.00-0025/25	Priorytet 5	Innowacje społeczne
Okres realizacji	01.01.2026-30.06.2029	Działanie 5.1	Innowacje społeczne (innowacyjne działania społeczne)

8. udział w miesięcznych spotkaniach superwizyjnych,
9. współpraca w zespołach zadaniowych.

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

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

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