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 4 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)

ZMIANA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA

W związku z udziałem w projekcie „Razem w Dorosłość” zmieniam opiekuna usamodzielnienia, którego funkcję pełnił/a Pani/Pan…….. .

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

…… (data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

…… (podpis Dyrektora MOPR w Słupsku)