**ZMIANA OPIEKUNA USAMODZIELNIENIA**

Ja …………………………………………………………………………………………………………………….. zamieszkała/y …………………………………………………………………………………………………….……………………

dokonuję zmiany mojego opiekuna usamodzielnienia w związku z:   
□ śmiercią opiekuna usamodzielnienia   
□ rezygnacją dotychczasowego opiekuna usamodzielnienia z pełnienia tej funkcji   
□ moją rezygnacją ze wsparcia dotychczasowego opiekuna usamodzielnienia, którą uzasadniam:

…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………

………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

……………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… i wskazuję na mojego opiekuna usamodzielnienia: Panią/Pana

………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

…………………………………………….………………………………………………………………………………………………..……………. (imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia) która/y jest:   
□ rodziną zastępczą   
□ prowadzącym rodzinny dom dziecka   
□ koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej   
□ pracownikiem socjalnym   
□ wychowawcą lub psychologiem w placówce opiekuńczo – wychowawczej lub regionalnej placówce opiekuńczo – terapeutycznej   
□ wychowawcą, psychologiem lub pracownikiem socjalnym ośrodka/schroniska/domu pomocy społecznej/ zakładu poprawczego   
 □ osobą spokrewnioną ze mną …………………………………………………………………………………….…………………………… (stopień pokrewieństwa)   
 □ osobą niespokrewnioną ze mną …………………………………………………………………….…………………………… (stopień pokrewieństwa)

**UZASADNIENIE WYBORU** (wypełnia osoba usamodzielniana)

…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………

……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………

………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

…………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………

data i podpis osoby usamodzielnianej

…………………………………………………………………………………….……………

Miejscowość, data

…………………………………………………………………………………….……………

Dane opiekuna usamodzielnienia

…………………………………………………………………………………….……………

Adres

…………………………………………………………………………………….……………  
telefon konaktowy

**Dyrektor**

**Miejskiego Ośrodka**

**Pomocy Rodzinie**

**w Toruniu**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna w procesie usamodzielnienia wychowanka

rodziny zastępczej/placówki …………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….… ( imię i nazwisko wychowanka)

Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z poniższymi zadaniami opiekuna osoby usamodzielnianej.

1. Zaznajomienie się z dokumentacją i drogą życiową osoby usamodzielnianej.
2. Opracowanie wspólnie z osobą usamodzielnianą 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 kontynuowanie nauki.
5. Ocena realizacji programu usamodzielnienia oraz jego modyfikowanie

…………………………………………………..…………………………………………………….……………

(data i podpis opiekuna usamodzielnienia)

Wyrażam zgodę na zmianę opiekuna usamodzielnienia.

…………………………………………………..…………………………………………………….……………

(data i podpis Dyrektora MOPR Toruń)