 Załącznik Nr 2

 do Zarządzenia Nr ...…/2021

 Dyrektora MOPR w Słupsku

 z dnia ………………………

 ...........................................

(miejscowość, data)

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

 (imię i nazwisko osoby usamodzielnianej)

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

 (adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………….

 (nr tel. osoby usamodzielnianej)

**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 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. Opiniowanie wniosku o pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki.
6. Po zakończeniu procesu usamodzielnienia dokonanie oceny końcowej IPU.

 ..........................................................

 (data i podpis opiekuna usamodzielnienia )

Akceptuję opiekuna usamodzielnienia

 ………………………………………………….………….

 (podpis Dyrektora MOPR w Słupsku)

Klauzula informacyjna: Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 roku, nr 119, str. 1) w sposób i w zakresie opisanym szczegółowo na stronie BIP MOPR w Słupsku; <http://bip.mopr.slupsk.pl/dokumenty/menu/15>