 Załącznik Nr 2

 do Zarządzenia Nr ………/2021

 Dyrektora MOPR w Słupsku

 z dnia …………………………………

 ………………………………………………. (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)

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>