Załącznik nr 2
do wniosku
o przyznanie pomocy w formie
pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym

……
Imię i nazwisko opiekuna usamodzielnienia

……..
Adres zamieszkania

……..
Aktualny nr telefonu
Adres e-mail

ZOBOWIĄZANIE

W związku z pełnieniem funkcji opiekuna usamodzielnienia dla:

……
Imię i nazwisko

zobowiązuję się do współpracy z:

- osobą usamodzielnianą,
- opiekunem mieszkania chronionego,
- pracownikiem socjalnym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie.

…… ……

Miejscowość, data

Czytelny podpis opiekuna usamodzielnienia