

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE DLA KANDYDATÓW DO SPRAWOWANIA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ

I. WYBRANA FORMA PIECZY ZASTĘPCZEJ:

(proszę zaznaczyć właściwe)

rodzina zastępcza niezawodowa,
rodzina zastępcza zawodowa,
rodzina zastępcza zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego,
rodzina zastępcza zawodowa specjalistyczna,
rodzinny dom dziecka,
pełnienie funkcji dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego.

I. DANE PERSONALNE

1. Kobieta:

Imię i nazwisko.....

Nazwisko rodowe.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Nr Pesel

Adres zamieszkania.....

.....

Adres zameldowania.....

.....

Numer telefonu

Imię ojca.....

Imię i nazwisko panięskie matki.....

Wykształcenie.....

Narodowość

Zawód wykonywany

Nazwa i adres miejsca pracy

.....

.....

2. Mężczyzna:

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Nr Pesel

Adres zamieszkania

.....

Adres zameldowania.....

.....

Numer telefonu

Imię ojca.....

Imię i nazwisko panieńskie matki.....

Wykształcenie.....

Narodowość

Zawód wykonywany

.....

Nazwa i adres miejsca pracy

.....

.....

II. ANKIETA

Czy posiada Pan/Pani dzieci (naturalne, adoptowane, objęte pieczęcią zastępczą?), proszę podać imię, nazwisko, datę urodzenia.

.....

.....

.....

Czy pozostaje Pan/Pani w związku małżeńskim? Jeśli tak proszę podać datę i miejsce zawarcia związku małżeńskiego?

.....

Czy Pan/Pani było w innym związku małżeńskim? Jeżeli tak, proszę podać dane i załączyć akty małżeńskie (kserokopia).

.....

.....

Czy którekolwiek z Pan/Pani było sądzone lub toczyło się przeciwko Państwu postępowanie sądowe, Kolegium? Jeżeli tak proszę podać datę, miejsce i okoliczności sprawy.

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

Czy Pan/Pani lub ktoś z rodziny cierpiał na epilepsję, chorobę psychiczną lub inną poważną chorobę? Jeżeli tak proszę podać dane.

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

Jaki jest Pana/Pani stan zdrowia? Czy przechodził/ła Pan/Pani jakieś poważne operacje lub choroby? Czy leczył/ła się Pan/Pani kiedykolwiek na depresję lub chorobę psychiczną? Czy obecnie leczy się Pan/Pani lub zażywa jakieś leki?

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

Proszę podać przyczyny, dla których chce Pan/Pani sprawować pieczę zastępczą nad dzieckiem/dziećmi.

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

Proszę podać wiek, płeć i ilość dzieci, które chce Pan/Pani objąć rodzinną pieczę zastępczą.

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

Czy kiedykolwiek wcześniej wnioskował/ła Pan/Pani o adopcję lub pieczę zastępczą nad dzieckiem? Proszę podać szczegóły – kiedy, gdzie i z jakim efektem.

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

Czy kiedykolwiek jakieś dziecko było zabrane spod Pana/Pani opieki? Jeżeli tak proszę opisać sytuację.

.....
.....

Czy jest Pan/Pani gotowy/a na współpracę z rodzicami naturalnymi dziecka? (właściwą odpowiedź zaznaczyć)

- NIE
- Tylko za pośrednictwem Centrum
- TAK

Jak układają się Pan/Pani stosunki sąsiedzkie?

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

Jaki jest stosunek do Pan/Pani planów związanych z pieczęcią zastępczą:

- dzieci własnych.....
- rodziny dalszej.....
- rodziców

Proszę podać nazwiska i adresy dwóch osób /niespokrewnionych/, które mogą udzielić Panu/Pani referencji:

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

.....
data i podpisy kandydata

.....
data i podpisy kandydata