

.....
Imię i nazwisko osoby składającej wniosek

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko małżonka osoby składającej wniosek

.....
Dokładny adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Plac Marsz. J. Piłsudskiego 2
59 – 700 Bolesławiec**

Wniosek

kandydata/ów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

Proszę/prosimy o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji do pełnienia ww. funkcji na podstawie oceny spełniania przez mnie/nas warunków, o których mowa w art.42 ust.1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej i wydanie stosownego dokumentu w ww. sprawie.

Uzasadnienie:

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

.....
Podpis osoby /osób składającej wniosek

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem danych osobowych klientów Centrum jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu z siedzibą w Bolesławcu przy pl. Marsz. Józefa Piłsudskiego 2, kontakt mailowy pod adresem: centrum@pcpr.boleslawiec.pl reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu,
- 2) inspektorem ochrony danych jest Mariusz Oliwa, tel. 75 612 17 44 kontakt mailowy: m.oliwa@powiatboleslawiecki.pl
- 3) dane osobowe klientów Centrum przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 4) odbiorcą danych osobowych klientów Centrum będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) dane osobowe klientów Centrum nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 6) dane osobowe klientów Centrum będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa przez okres podany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,
- 7) klienci Centrum mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- 8) klienci Centrum mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznają, iż przetwarzanie danych osobowych ich dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 9) dane osobowe klientów Centrum nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
Data i podpis

Adnotacja urzędnika

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

Oświadczenia kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka związane z przystąpieniem do procedury kwalifikacyjnej, wyrażam zgodę na:

1. Objęcie mnie Procedurą Kwalifikacyjną obowiązującą do szkolenia dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
2. Wystąpienie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bolesławcu z zapytaniem o moją niekaralność do Krajowego Rejestru Karnego oraz o niefigurowaniu w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.
3. Przeprowadzenie w miejscu zamieszkania analizy sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej sprawdzającej m.in. warunki bytowe, mieszkaniowe, majątkowe, rodzinne oraz predyspozycje do pełnienia ww. funkcji.
4. Udział w badaniach pedagogicznych i psychologicznych niezbędnych do zakwalifikowania kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam, że:**

1. Nie byłam/em skazana/y prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Nie mam zobowiązań alimentacyjnych/ wypełniam obowiązek alimentacyjny, wynikający z tytułu egzekucyjnego.
4. Nie jestem i nie byłam/byłam pozbawiona/y władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest mi ograniczona ani zawieszona.
5. W przeszłości nie byłam/em leczona/y odwykowo i/lub nie zostałam/em zobowiązana/y do podjęcia takiego leczenia na podstawie orzeczenia sądu.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam, że:**

1. Nie byłam/em skazana/y prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Nie mam zobowiązań alimentacyjnych/ wypełniam obowiązek alimentacyjny, wynikający z tytułu egzekucyjnego.
4. Nie jestem i nie byłam/byłam pozbawiona/y władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest mi ograniczona ani zawieszona.
5. W przeszłości nie byłam/em leczona/y odwykowo i/lub nie zostałam/em zobowiązana/y do podjęcia takiego leczenia na podstawie orzeczenia sądu.

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
(pieczęć Przychodni Rejonowej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że u Pani/a/..... zam.....
.....nie stwierdza się przeciwwskazań
zdrowotnych/stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne/ do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub
prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
w Bolesławcu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

*Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć Przychodni Rejonowej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że u Pani/a/..... zam.....
.....nie stwierdza się przeciwwskazań
zdrowotnych/stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne/ do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub
prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
w Bolesławcu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza prowadzącego)

*Niepotrzebne skreślić

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ
LUB PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU DZIECKA**

Imię i nazwisko kandydata:

Adres zamieszkania:

Numer Pesel:

Opis stanu psychicznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioski:

Na podstawie osobistego badania psychiatrycznego i oceny stanu psychicznego stwierdzam przeciwwskazania zdrowotne/brak przeciwwskazań zdrowotnych (niepotrzebne skreślić) do pełnienia przez Pana/Panią:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

**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 panięńskie 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

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Data	Liczba godzin	Przebieg praktyki (wyszczególnienie realizowanych zajęć/zadań)	Uwagi i wnioski z realizacji	Potwierdzenie odbycia praktyki