|  |  |
| --- | --- |
| W N I O S E K  **O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA DZIECKA UMIESZCZONEGO**  **W RODZINIE ZASTĘPCZEJ** | *pieczątka wpływu* |

**C z ę ś ć A : Dane i informacje o rodzinie zastępczej**

spokrewniona niezawodowa

*niepotrzebne skreśl*

**I. Sytuacja osobista**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| obywatelstwo |  |
| stan cywilny |  |
| telefon do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| wykształcenie i wyuczony zawód |  |

*wypełnij*

**II. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudniony **/** prowadzący działalność gospodarczą |  |
| bezrobotny zarejestrowany w PUP **/** bezrobotny nie zarejestrowany w PUP |  |
| rencista / emeryt |  |

*zaznacz x*

|  |  |
| --- | --- |
| miejsce pracy |  |
| miesięczna wysokość dochodu netto |  |

*wypełnij*

**III. Sytuacja osobista współmałżonka**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| obywatelstwo |  |
| stan cywilny |  |
| telefon do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| wykształcenie i wyuczony zawód |  |

*wypełnij*

**IV. Sytuacja zawodowa współmałżonka**

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudniony **/** prowadzący działalność gospodarczą |  |
| bezrobotny zarejestrowany w PUP **/** bezrobotny nie zarejestrowany w PUP |  |
| rencista / emeryt |  |

*zaznacz x*

|  |  |
| --- | --- |
| miejsce pracy |  |
| miesięczna wysokość dochodu netto |  |

*wypełnij*

**V. Sytuacja mieszkaniowa rodziny zastępczej**

|  |  |
| --- | --- |
| adres zamieszkania |  |
| główny lokator lub właściciel mieszkania |  |

*wypełnij*

1. dom jednorodzinny \* wielorodzinny prywatny \* wielorodzinny komunalny \* wielorodzinny

spółdzielczy \* .........................................................................................................................................................................

*nazwa spółdzielni*

1. opis mieszkania: pokoje ............................. *(podaj liczbę*) z kuchnią \* bez kuchni \* z łazienką \* bez łazienki \* z wc \* bez wc \*
2. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej \* ciepłej \* kanalizacja \* centralne ogrzewanie \* prąd \*

piece węglowe \* brak ogrzewania \*

w mieszkaniu jest: samodzielny pokój dla dziecka \* pokój do podziału z rodzeństwem …………………….. *(podać liczbę) \** podstawowe meble w pokoju dziecka \* brak podstawowych mebli dla dziecka \*

\* *niepotrzebne skreśl*

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

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

*(wymień braki związane z przyjęciem dziecka)*

**VI. Osoby razem gospodarujące w opisanym powyżej mieszkaniu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nazwisko i imię | pokrewieństwo | sytuacja zdrowotna | uczy się/pracuje |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*wypełnij*

**VII. Załączniki wymagane do części A wniosku**

|  |
| --- |
| nazwa załącznika |
| aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu i dochodach rodziców zastępczych |
| aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o stanie zdrowia rodziców zastępczych *(druk będący załącznikiem wniosku)* |
| poświadczenie zameldowania rodziców zastępczych |

**C z ę ś ć B : Dane i informacje o dziecku**

1. **Sytuacja osobista**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data i miejsce urodzenia |  |
| obywatelstwo |  |
| miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w rodzinie zastępczej |  |
| rodzeństwo (*imię i nazwisko, wiek)* |  |
| czy utrzymywane są kontakty z rodzeństwem *(przyczyny)* |  |

*wypełnij*

**II. Sytuacja szkolna**

|  |  |
| --- | --- |
| szkoła i klasa do której uczęszcza |  |
| imię i nazwisko wychowawcy klasy |  |
| trudności w nauce |  |
| trudności wychowawcze w szkole |  |
| inne uwagi *(osiągnięcia)* |  |

*wypełnij*

**III. Sytuacja zdrowotna**

|  |  |
| --- | --- |
| orzeczenie Poradni Psych.-Pedagogicznej *(okres od-do)* |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności *(okres od-do)* |  |
| ubezpieczenie zdrowotne *(skąd)* |  |
| nazwa i adres opieki lekarskiej rodzinnej |  |

*wypełnij*

**IV. Sytuacja dochodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| rodzaj dochodu |  |
| wysokość dochodu |  |

*wypełnij*

**V. Sytuacja rodzinna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imię i nazwisko | matka biologiczna | ojciec biologiczny |
|  |  |
| data i miejsce urodzenia |  |  |
| aktualny adres zamieszkania |  |  |
| informacja o władzy rodzicielskiej |  |  |
| czy płaci alimenty |  |  |
| czy utrzymywane są kontakty z rodzicami *(przyczyny)* |  |  |

*wypełnij*

**VI. Załączniki wymagane do części B wniosku**

|  |
| --- |
| nazwa załącznika |
| kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |
| kopia dokumentu przyznającego świadczenie będące dochodem dziecka |
| odpis skrócony aktu urodzenia dziecka |
| odpis skrócony aktu zgonu rodziców biologicznych |
| opinia pedagoga szkolnego o realizowanym obowiązku nauki przez dziecko |
| poświadczenie zameldowania dziecka |
| oświadczenia każdego z rodziców zastępczych *(druki będące załącznikami do wniosku)* |

## O ś w i a d c z e n i a :

*Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy.*

*Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczej.*

*……….…………….………………………………………………………………………………*

***czytelny podpis wnioskodawcy***

## I n f o r m a c j a :

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania dziecka umieszczonego w rodzinie zastępczejznajduje się na stronie internetowej: [www.pcprsiemiatycze.pl](http://www.pcprsiemiatycze.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.

Kontakt do Administratora Danych Osobowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: 17-300 Siemiatycze, ul. Leg. Piłsudskiego 3, e-mail: [kontakt@pcprsiemiatycze.pl](mailto:kontakt@pcprsiemiatycze.pl), tel. 85 730 05 07.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach:

e-mail: [iod@pcprsiemiatycze.pl](mailto:iod@pcprsiemiatycze.pl)

*………………….…………………………………………………………………………………*

***czytelny podpis wnioskodawcy***

## Wniosek koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej :

|  |
| --- |
|  |

*podpis i pieczęć*

## Decyzja kierownika jednostki :

|  |
| --- |
|  |

*podpis i pieczęć*

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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

###### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia niezbędne do stwierdzenia, że osoba może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem

***„Pełnienie funkcji rodziny zastępczej może być powierzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniami o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wystawionymi przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” art. 42 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej***

imię nazwisko .............................................................................................................................................................................................

data urodzenia ............................................................................................................................................................................................

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………………...

od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)………………………….

rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

|  |
| --- |
|  |

przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

|  |
| --- |
|  |

uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

|  |
| --- |
|  |

wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych

|  |
| --- |
|  |

czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

* lekarza psychiatrę ( TAK / NIE ) …………………………………………………..…………………………………………
* psychologa ( TAK / NIE ) ………………………………………………………………..………………………………………
* inny specjalista ( TAK / NIE ) …………………………………………………………………..……………………………..

czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia opieki innych osób:

* stale ( TAK / NIE ) …………………………………………………………………………………………………………..…….
* okresowo ( TAK / NIE ) ………………………………………………………………………………………………………….

czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do sprawowania opieki nad dzieckiem ( TAK / NIE ).

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

data wypełnienia pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

## O ś w i a d c z e n i e n r 1 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

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

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

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie jestem / jestem pozbawiony / pozbawiona władzy rodzicielskiej\*
* nie byłam / byłem pozbawiony/ pozbawiona władzy rodzicielskiej\*
* władza rodzicielska nie jest / jest mi ograniczona\*
* władza rodzicielska nie jest / jest mi zawieszona\*
* nie mam / mam obowiązek alimentacyjny\*
* nie wypełniam / wypełniam obowiązek alimentacyjny wynikający z tytułu egzekucyjnego\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od* *6 miesięcy do lat 8*.*”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 2 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

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

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

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

daję rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej, zobowiązuję się do zapewnienia dziecku odpowiednich warunków bytowych i mieszkaniowych umożliwiających dziecku zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, w tym: rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego; właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań; wypoczynku i organizacji czasu wolnego

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 3 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

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

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

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie toczy się / toczy się wobec mnie postępowanie karne w sprawie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego\*
* nie jestem / jestem, skazana / skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*
* nie byłam / nie byłem skazana / skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 4 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

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

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

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie jestem / jestem ograniczona / ograniczony w zdolności do czynności prawnych\*
* korzystam / nie korzystam z pełni praw publicznych\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233§ 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od* *6 miesięcy do lat 8*.*”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*