|  |
| --- |
| **nr sprawy** |

# wypełnia PCPR

W N I O S E K

**O PRZESZKOLENIE KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DANE OSOBOWE KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ** | |
| imię i nazwisko |  |
| adres zamieszkania |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| PESEL |  |
| telefon |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. RODZAJ SZKOLENIA DLA KANDYDATA DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ**  \* | |
| rodzina zastępcza zawodowa |  |
| rodzina zastępcza niezawodowa |  |
| prowadzenie rodzinnego domu dziecka |  |

\* zaznacz X właściwe

|  |
| --- |
| **3. ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU** |
| oświadczenie o przebywaniu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej *(druk w załączeniu)* |
| oświadczenie o zdolności do czynności prawnych *(druk w załączeniu)* |
| oświadczenie o niekaralności *(druk w załączeniu)* |
| oświadczenie o obowiązku alimentacyjnym *(druk w załączeniu)* |
| oświadczenie o władzy rodzicielskiej *(druk w załączeniu)* |
| oświadczenie o leczeniu odwykowym *(druk w załączeniu)* |
| życiorys indywidualny kandydata *(historia życia napisana osobiście)* |
| akt małżeństwa *(wyciąg aktualny)* lub prawomocny wyrok o rozwód |
| kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie kandydata |
| zaświadczenia o zatrudnieniu oraz o dochodach za okres trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku |
| kopia dokumentu potwierdzającego prawo do zajmowanego lokalu |
| potwierdzenie zameldowania |
| zaświadczenie lekarskie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o stanie zdrowia *(druk w załączeniu)* |
| przynajmniej dwie referencje ze środowiska *(np. sołtys, ksiądz, sąsiad, pracodawca),* w przypadku kandydata z dziećmi w wieku szkolnym zaświadczenie ze szkoły |

**4. OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie w moim miejscu zamieszkania wywiadu socjalnego dotyczącego moich warunków bytowych i mieszkaniowych jako kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie w siedzibie PCPR w Siemiatyczach wywiadu pedagogicznego dotyczącego moich warunków bytowych i mieszkaniowych jako kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na udział w siedzibie PCPR w Siemiatyczach w badaniach psychologicznych niezbędnych do wydania opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z przeszkoleniem na kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, w zakresie wymienionym w powyższym druku wniosku wraz z załącznikami.

*.................................................................................................................*

**czytelny podpis osoby składającej wniosek**

**5. INFORMACJA**

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeszkoleniem kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej znajduje się na stronie internetowej: [www.pcprsiemiatycze.pl](http://www.pcprsiemiatycze.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowym 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:pcpr_siemiatycze@wp.pl)

*.................................................................................................................*

**czytelny podpis osoby składającej wniosek**

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

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

###### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*„Pełnienie funkcji rodziny zastępczej może być powierzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” art. 42 ust. 1 pkt 5 lit. a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1111 ze zmianami)*

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

adres zamieszkania ...............................................................................................................................................................

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 WŁAŚCIWEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM TAK / NIE \***

\*niepotrzebne skreślić

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

*data wypełnienia pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*