

(pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**Przewidywana data
wydania kolejnej opinii:**
.....

**Ocena sytuacji dziecka umieszczonego
w rodzinnej pieczy zastępczej**

1. Pierwsza ocena*
2. Okresowa ocena

I. DANE RODZINY ZASTĘPCZEJ: spokrewnionej/ niezawodowej/zawodowej*	
Imiona i nazwisko (nazwisko panieńskie)	1.osoba: 2.osoba:
Imię ojca Imię matki	1.osoba:..... 2.osoba:.....
Adres zamieszkania	Miejscowość:..... Kod pocztowy:..... ul.:.....
Telefon, e-mail	@.....
PESEL	1.osoba:..... 2.osoba.....
Numer dowodu osobistego	1.osoba: 2.osoba:
Dochody	1.osoba:..... 2.osoba:.....

II. DANE DZIECKA UMIESZCZONEGO W RODZINIE ZASTĘPCZEJ	
Imiona i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Miejsce zameldowania przed umieszczeniem w rodz. pieczy	pobyt czasowy/ pobyt stały*: kod pocztowy:.....
Data faktycznego umieszczenia w rodzinie zastępczej	
Dziecko umieszczono w pieczy zastępczej na skutek:	1) sieroctwo* 2) pólsieroctwo 3) uzależnienia rodziców, w tym od alkoholu 4) przemocy w rodzinie 5) bezradności w sprawach opiek. –wychowawczych 6) niepełnosprawności co najmniej jednego z rodziców 7) długotrwałej lub ciężkiej choroby 8) ubóstwa 9) bezrobocia 10) nieodpowiednich warunków mieszkaniowych 11) pobytu za granicą co najmniej jednego z rodziców 12) małoletnia matka 13) inne
Postanowienie sądowe	Sąd Rejonowy w..... Wydział z dnia Sygn.akt:

III. SYTUACJA PRAWNA DZIECKA

Matka: pozbawienie/ograniczenie/zawieszenie władzy rodzicielskiej*

Ojciec: pozbawienie/ograniczenie/zawieszenie władzy rodzicielskiej*

Czy dziecko zgłoszono do ośrodka adopcyjnego: TAK/NIE*

Inne informacje:.....

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA PRAWNEGO	
Imiona i nazwisko, Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Miejsce zameldowania	pobyt czasowy/ pobyt stały*: kod pocztowy:.....
Stopień pokrewieństwa	
Postanowienie sądowe	Sąd Rejonowy w..... Wydział z dnia Sygn.akt:

V. INFORMACJE DOT. RODZICÓW BIOLOGICZNYCH DZIECKA		
	Matka	Ojciec
Imiona i nazwisko (nazwisko rodowe)		
Imię ojca Imię matki		
Adres zamieszkania		
Telefon, e-mail		
PESEL		
Numer dowodu osobistego		
Alimenty	NIE/TAK* - (kwota)	NIE/TAK* - (kwota)

VI. KONTAKTY DZIECKA Z BIOLOGICZNYMI RODZICAMI LUB INNYMI CZŁONKAMI RODZINY (częstotliwość, charakter, miejsce)

Matka	Ojciec	Inni członkowie rodziny /stopień pokrewieństwa kto:
Tak	Tak	Tak
Nie, ponieważ:	Nie, ponieważ:	Nie

Stosunek dziecka do rodziców naturalnych:

.....

Współpraca rodziców naturalnych z rodzicami zastępczymi:

.....

Współpraca rodziców naturalnych z asystentem rodziny, pracownikiem socjalnym:

.....

Czy rodzice naturalni są objęci kuratelą sądową?

TAK* Nazwisko i imię kuratora
 NIE

VII. DZIAŁANIA PODEJMOWANE W KIERUNKU POWROTU DZIECKA DO RODZINY NATURALNEJ

.....

VIII. INFORMACJA O RODZEŃSTWIE DZIECKA

Lp.	Imię, nazwisko Adres zamieszkania	Wiek	Rodzeństwo biologiczne/przyrodnie	Uwagi

IX. SYTUACJA ZDROWOTNA DZIECKA

lekarz pediatra:.....

poradnie specjalistyczne NIE/ TAK –wymienić

alergie:.....

choroby przewlekłe: NIE /TAK –wymienić:.....

hospitalizacja:.....

używane przedmioty ortopedyczne:.....

inne:.....

.....
Czy występuje u dziecka niepełnosprawność?

NIE/TAK* –przyczyna:.....

Orzeczenie: data wydania....., numer

data ważności orzeczenia:.....

X. EDUKACJA

- Nazwa przedszkola/szkoły.....
- Adres:.....
- Telefon:.....
- Grupa/klasa:.....
- Imię i nazwisko wychowawcy:.....
- Kontakt (telefon, e-mail).....

- Czy dziecko ma orzeczenie o potrzebie:

indywidualnego kształcenia: TAK/ NIE*

specjalnego kształcenia: TAK/ NIE*

Opinia z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej: TAK/ NIE*

Data wydania:.....

Przyczyny/powód wydania:.....

- Stosunek dziecka do obowiązków:

sukcesy.....

trudności.....

zachowanie.....

- Udział dziecka w zajęciach wyrównawczych: NIE / TAK* – wymienić:

.....

- Zajęcia rewalidacyjne: NIE/ TAK* – wymienić:

.....

- Zajęcia korekcyjne itp. NIE/ TAK* – wymienić:

.....

- Zajęcia dodatkowe: NIE/TAK* – wymienić:

.....

XI. INNE INFORMACJE O DZIECKU

- Funkcjonowanie w środowisku domowym, rówieśniczym, mocne/słabe strony dziecka:

.....

.....

.....

.....

- Organizacja czasu wolnego dziecka przez rodzinę zastępczą:

.....

.....

.....

.....

.....

XII. TRUDNOŚCI ZGŁASZANE PRZEZ RODZINĘ ZASTĘPCZĄ

.....

.....

.....

XIII. DZIAŁANIA MAJĄCE NA CELU PRZEWYCIĘŻENIE WYSTĘPUJĄCYCH TRUDNOŚCI

.....

.....

.....

XIV. POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ RODZINĘ ZASTĘPCZĄ

Szkolenia:.....

Warsztaty:

Wolontariat:

Grupy wsparcia:.....

XV. WSPÓŁPRACA RODZINY ZASTĘPCZEJ Z KOORDYNATOREM, PSYCHOLOGIEM, PEDAGOGIEM DZIAŁU PIECZY ZASTĘPCZEJ

Czy rodzina zastępcza chętnie korzysta z pomocy specjalistów z Działu Pieczy Zastępczej?

.....

XVI. ZASADNOŚĆ DALSZEGO POBYTU DZIECKA W RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ

TAK /NIE*

Inne

.....

**) właściwe podkreślić*

Zobowiązuję się do informowania koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej o każdej zmianie sytuacji osobistej rodziny zastępczej i dziecka, o których mowa w niniejszej karcie.

.....
(data / podpis 1.osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej)

.....
(data / podpis 2.osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej)

Kwestionariusz wypełniono w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej w dniu

.....
(data i podpis koordynatora
rodzinnej pieczy zastępczej)