

(pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

OCENA DOTYCZĄCA FUNKCJONOWANIA RODZINY ZASTĘPCZEJ

1. Pierwsza ocena* (art. 134 ust. 1 – nie później niż przed upływem roku od umieszczenia pierwszego dziecka)

2. Okresowa ocena (po upływie roku od pierwszej oceny, a następnie nie rzadziej niż co 3 lata)

I. DANE RODZICÓW ZASTĘPCZYCH

Imię i nazwisko	1. osoba	2.osoba
Miejsce zamieszkania		
Miejsce zameldowania		
Data i miejsce urodzenia		
PESEL		
Seria i nr dowodu osobistego		
Telefon		

II. TYP RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ: (właściwe podkreślić)

- Rodzina zastępcza spokrewniona
- Rodzina zastępcza niezawodowa
- Rodzina zastępcza zawodowa- umowa zawarta do dnia.....

III. DZIECI UMIESZCZONE W PIECZY ZASTĘPCZEJ:

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Wiek	Lp	Imię i nazwisko dziecka-narastająco	Aktualne miejsce pobytu
1.			1.		
2.			2.		

3.			3.		
4.			4.		

IV. INNI CZŁONKOWIE RODZINY WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCY Z RODZINĄ ZASTĘPCZĄ

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa wobec dziecka	Miejsce pracy/nauki

V. SYTUACJA MATERIALNO – BYTOWA

- Opiekunowie zastępczy:

Imię i nazwisko		
Źródło dochodu (np. pensja, emerytura, renta, inne)		
Miejsce pracy		

- Sytuacja mieszkaniowa: (powierzchnia, ilość pokoi, warunki mieszkaniowe itd.)

.....

.....

.....

.....

VI. SYTUACJA ZDROWOTNA RODZINY: (np. choroby somatyczne, przewlekłe rodziców zastępczych, hospitalizacja jednego z rodziców zastępczych)

.....

.....

.....

.....

VII. DODATKOWE KWALIFIKACJE ZDOBYWANE W OCENIANYM OKRESIE:
(kursy, szkolenia, studia podyplomowe)

.....

.....

.....

VIII. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RODZINĘ ZASTĘPCZĄ W CELU POWROTU DZIECKA DO RODZINY NATURALNEJ: (umożliwienie kontaktów z rodzicami, gdzie odbywają się kontakty i z jaką częstotliwością, kto inicjuje spotkania itp.)

.....

.....

.....

.....

IX. WSPÓŁPRACA RODZINY ZASTĘPCZEJ Z KOORDYNATOREM, PSYCHOLOGIEM, PEDAGOGIEM DZIAŁU PIECZY ZASTĘPCZEJ:

.....

.....

.....

.....

X. ZGŁASZANE TRUDNOŚCI W WYPEŁNIANIU SWOJEJ FUNKCJI, POTRZEBY:
(warsztaty, szkolenia, wolontariat, grupy wsparcia, konsultacje psychologa)

.....

.....

.....

XI. REALIZACJA PLANU POMOCY DZIECKU:

XII. OPINIA KOORDYNATORA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ NA TEMAT FUNKCJONOWANIA RODZINY ZASTĘPCZEJ

.....

.....

.....

.....

1. Rodzina funkcjonuje prawidłowo – nie wymaga wsparcia *
2. Rodzina funkcjonuje prawidłowo- wymaga wsparcia
3. Rodzina funkcjonuje nieprawidłowo – wymaga podjęcia działań wspierających (konieczność dokonania oceny w przeciągu 6 miesięcy tj. do dnia.....)
4. Rodzina funkcjonuje nieprawidłowo – konieczność rozwiązania rodziny

* Właściwe podkreślić

XIII.DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZINĘ ZASTĘPCZĄ – dotyczy ww. pkt 2 i 3

.....

.....

.....

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

.....

(data i podpisy osób pełniących funkcję rodziny zastępczej)

.....

(data i podpis koordynatora)