

Załącznik nr 4
do Załącznika do Zarządzenia Nr 19 /2013
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie
z dnia 24 kwietnia 2013r.

(pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

OCENA FUNKCJONOWANIA RODZINY ZASTĘPCZEJ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena:

- Pozytywna*
- I –wsza ocena negatywna

W przypadku negatywnej oceny termin kolejnej oceny:.....
(nie później niż w przeciągu 6 m-y)

Wniosek o uchylenie postanowienia o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej w przypadku drugiej oceny negatywnej

Podpisy konsultantów