

(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 panięskie)	1.osoba: 2.osoba:
Imię ojca, matki	1.osoba: 2.osoba:
Adres zamieszkania	Miejscowość: Kod pocztowy: ul.:
Telefon, e-mail	tel.:, @:
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 rodzinie zastępczej	pobyt czasowy/ pobyt stały*: Miejscowość: Kod pocztowy: ul.:
Data faktycznego umieszczenia w rodzinie zastępczej	
Dziecko umieszczono w rodzinie zastępczej na skutek:	1) sieroctwo* 2) półsieroctwo 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,	
Data i miejsce urodzenia	
Miejsce zameldowania	pobyt czasowy/ pobyt stały*: Miejscowość: Kod pocztowy: ul.:
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 biologiczna:

.....

.....

.....

- ojciec biologiczny:

.....

.....

.....

- inny członek rodziny:

.....

.....

.....

Stosunek dziecka do rodziców biologicznych:

.....

.....

.....

Współpraca rodziców biologicznych z rodzicami zastępczymi:

.....

.....

.....

Współpraca rodziców biologicznych 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 BIOLOGICZNEJ

.....

.....

.....

VIII. INFORMACJA O RODZEŃSTWIE DZIECKA

Lp.	Imię, nazwisko Adres zamieszkania	Wiek	Rodzeństwo biologiczne/przyrodnie	Uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				

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 dodatkowe: NIE / TAK* – wymienić:
.....
.....
.....

XI. INNE INFORMACJE O DZIECKU

- Funkcjonowanie w środowisku domowym:

.....

.....

.....

.....

.....

- Funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym (społecznym):

.....

.....

.....

.....

.....

- Organizacja czasu wolnego dziecka:

.....

.....

.....

.....

.....

- Mocne / słabe strony dziecka:

.....

.....

.....

.....

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)