

(pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

OCENA DOTYCZĄCA FUNKCJONOWANIA RODZINY ZASTĘPCZEJ

1. Pierwsza ocena (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. OPINIA PSYCHOLOGA O POSIADANIU PREDYSPOZYCJI I MOTYWACJI DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

VII. SYTUACJA MATERIALNO – BYTOWA

- Sytuacja materialna (źródła dochodu, miejsca pracy)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

IX. 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.)

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

XII. REALIZACJA PLANU POMOCY DZIECKU:

.....

.....

**XIII. OPINIA KOORDYNATORA RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ NA TEMAT
FUNKCJONOWANIA RODZINY ZASTĘPCZEJ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

XIV.DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZINĘ ZASTĘPCZĄ

.....

.....

.....

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)

.....
(data i podpis psychologa)

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

