|  |  |
| --- | --- |
| W N I O S E K  **O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ PRZEBYWAJĄCEJ NADAL W RODZINIE ZASTĘPCZEJ** | *pieczątka wpływu* |

**C z ę ś ć A : Dane i informacje o rodzinie zastępczej**

spokrewniona niezawodowa

*niepotrzebne skreśl*

**I. Sytuacja osobista**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| obywatelstwo |  |
| stan cywilny |  |
| telefon do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| wykształcenie i wyuczony zawód |  |

*wypełnij*

**II. Sytuacja zawodowa**

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudniony **/** prowadzący działalność gospodarczą |  |
| bezrobotny zarejestrowany w PUP **/** bezrobotny nie zarejestrowany w PUP |  |
| rencista / emeryt |  |

*zaznacz x*

**III. Sytuacja osobista współmałżonka**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| obywatelstwo |  |
| stan cywilny |  |
| telefon do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| wykształcenie i wyuczony zawód |  |

*wypełni*

**IV. Sytuacja zawodowa współmałżonka**

|  |  |
| --- | --- |
| zatrudniony **/** prowadzący działalność gospodarczą |  |
| bezrobotny zarejestrowany w PUP **/** bezrobotny nie zarejestrowany w PUP |  |
| rencista / emeryt |  |

*zaznacz x*

**V. Sytuacja mieszkaniowa rodziny zastępczej**

|  |  |
| --- | --- |
| adres zamieszkania |  |
| główny lokator lub właściciel mieszkania |  |

*wypełnij*

**VI. Osoby razem gospodarujące w opisanym powyżej mieszkaniu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nazwisko i imię | pokrewieństwo | miesięczna wysokość dochodu netto | uczy się/pracuje |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*wypełnij*

**C z ę ś ć B : Dane i informacje o osobie pełnoletniej**

1. **Sytuacja osobista**

|  |  |
| --- | --- |
| nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| data urodzenia |  |
| seria i numer dowodu osobistego |  |
| obywatelstwo |  |
| telefon do kontaktu |  |
| adres e-mail |  |
| stan cywilny |  |

1. **Sytuacja szkolna**

|  |  |
| --- | --- |
| rodzaj kontynuacji nauki |  |
| nazwa szkoły/uczelni |  |
| kierunek |  |

1. **Sytuacja mieszkaniowa**

|  |  |
| --- | --- |
| adres zamieszkania |  |

*Wypełnij*

**IV. Sytuacja zdrowotna**

|  |  |
| --- | --- |
| orzeczenie Poradni Psych.-Pedagogicznej *(okres od-do)* |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności *(okres od-do)* |  |

*wypełnij*

**V. Załączniki wymagane do wniosku**

|  |
| --- |
| nazwa załącznika |
| zaświadczenie stwierdzające kontynuowanie nauki osoby pełnoletniej |
| kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia z Poradni Psych.-Pedagogicznej osoby pełnoletniej |
| aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o stanie zdrowia rodziców zastępczych *(druk będący załącznikiem wniosku)* |
| oświadczenia każdego z rodziców zastępczych *(druki będące załącznikami do wniosku)* |

## O ś w i a d c z e n i a :

*Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie prawdy.*

*Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia na przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania osoby pełnoletniej przebywającej nadal w rodzinie zastępczej.*

*……….…………….………………………………………………………………………………*

***czytelny podpis wnioskodawcy***

## I n f o r m a c j a :

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia na przyznanie świadczenia na pokrycie kosztów utrzymania osoby pełnoletniej przebywającej nadal w rodzinie zastępczej znajduje się na stronie internetowej: [www.pcprsiemiatycze.pl](http://www.pcprsiemiatycze.pl) oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.

Kontakt do Administratora Danych Osobowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach: 17-300 Siemiatycze, ul. Leg. Piłsudskiego 3, e-mail: [kontakt@pcprsiemiatycze.pl](mailto:kontakt@pcprsiemiatycze.pl), tel. 85 730 05 07.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach:

e-mail: [iod@pcprsiemiatycze.pl](mailto:iod@pcprsiemiatycze.pl)

*………………….…………………………………………………………………………………*

***czytelny podpis wnioskodawcy***

## Wniosek koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej :

|  |
| --- |
|  |

*podpis i pieczęć*

## Decyzja kierownika jednostki :

|  |
| --- |
|  |

*podpis i pieczęć*

…………………….......................................................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

###### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia niezbędne do stwierdzenia, że osoba może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem

***„Pełnienie funkcji rodziny zastępczej może być powierzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniami o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wystawionymi przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” art. 42 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej***

imię nazwisko .............................................................................................................................................................................................

data urodzenia ............................................................................................................................................................................................

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………………...

od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)………………………….

rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

|  |
| --- |
|  |

przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

|  |
| --- |
|  |

uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

|  |
| --- |
|  |

wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych

|  |
| --- |
|  |

czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

* lekarza psychiatrę ( TAK / NIE ) …………………………………………………..…………………………………………
* psychologa ( TAK / NIE ) ………………………………………………………………..………………………………………
* inny specjalista ( TAK / NIE ) …………………………………………………………………..……………………………..

czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia opieki innych osób:

* stale ( TAK / NIE ) …………………………………………………………………………………………………………..…….
* okresowo ( TAK / NIE ) ………………………………………………………………………………………………………….

czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do sprawowania opieki nad dzieckiem ( TAK / NIE ).

..................................................................... ………………………................................................

data wypełnienia pieczątka i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie

## O ś w i a d c z e n i e n r 1 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………...

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie jestem / jestem pozbawiony / pozbawiona władzy rodzicielskiej\*
* nie byłam / byłem pozbawiony/ pozbawiona władzy rodzicielskiej\*
* władza rodzicielska nie jest / jest mi ograniczona\*
* władza rodzicielska nie jest / jest mi zawieszona\*
* nie mam / mam obowiązek alimentacyjny\*
* nie wypełniam / wypełniam obowiązek alimentacyjny wynikający z tytułu egzekucyjnego\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 2 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………...

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

daję rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej, zobowiązuję się do zapewnienia dziecku odpowiednich warunków bytowych i mieszkaniowych umożliwiających dziecku zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, w tym:

* rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego
* właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań
* wypoczynku i organizacji czasu wolnego

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 3 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………...

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie toczy się / toczy się wobec mnie postępowanie karne w sprawie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego\*
* nie jestem / jestem, skazana / skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*
* nie byłam / nie byłem skazana / skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*

## O ś w i a d c z e n i e n r 4 r o d z i c a z a s t ę p c z e g o :

sporządzone dnia …………………………………………………………………………

Ja,

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………...

imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczam, że:

* nie jestem / jestem ograniczona / ograniczony w zdolności do czynności prawnych\*
* korzystam / nie korzystam z pełni praw publicznych\*

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

*„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

*\*niewłaściwe skreślić*

…………………………………………………………………

*podpis rodzica zastępczego*

………………………………………….………………………

*podpis pracownika przyjmującego oświadczenie*