Załącznik nr 6

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

**ORGANIZATOR RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**62-700 Turek, ul. Łąkowa 1, tel. 63 289 24 06**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA/ÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ SPOKREWNIONEJ / NIEZAWODOWEJ / ZAWODOWEJ /PROWADZĄCEGO RODZINNY DOM DZIECKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacje** | **Kandydatka** | **Kandydat** |
| **Imię i Nazwisko**  |  |  |
| **Datę urodzenia**  |  |  |
| **Pesel**  |  |  |
| **Obywatelstwo**  |  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |  |
| **Stan cywilny**  |  |  |
| **Wykształcenie**  |  |  |
| **Zawód**  |  |  |
| **Miejsce pracy**  |  |  |
| **Źródła dochodu**  |  |  |
| **Imiona, wiek i stopień pokrewieństwa osób wspólnie zamieszkujących**  |  |  |

|  |
| --- |
| **Opis warunków mieszkaniowych.**Rodzaj zajmowanego lokalu …………………………………………………………………. ( dom prywatny, mieszkanie spółdzielcze, komunalne, własnościowe, inne) Warunki mieszkaniowe………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. **Opis sytuacji zdrowotnej.****Kandydatka** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Kandydat** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Przyczyny, dla których Pani/Pan chce zostać rodziną zastępczą/ prowadzącym rodzinny dom dziecka.**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Wiek, płeć i ilość dzieci, które chce Pani/Pan objąć opieką i wychowaniem.**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  |

|  |
| --- |
| **Czy kiedykolwiek wcześniej Pani/Pan był/a kandydatem do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/ prowadzącego rodzinny dom dziecka? Jeśli tak to proszę podać szczegóły.**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Czy kiedykolwiek jakieś dziecko było odebrane spod Pani/Pana opieki?** **Jeśli tak to proszę podać szczegóły.**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Czy jest Pani/Pan gotowa/y do podjęcia współpracy z rodzicami biologicznymi dziecka umieszczanego w Pani/Pana rodzinie? Jeśli tak to jak ją sobie Pani/Pan wyobraża? Proszę podać szczegóły.**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Czy o Pani/Pana decyzji wiedzą osoby najbliższe (rodzina znajomi)?****Jakie jest zdaniem na ten temat?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Miejscowość …………………………… Data ……………………………….

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

czytelny podpis kandydatki czytelny podpis kandydata