Piaseczno, dnia……………………………….

**KARTA INFORMACYJNA RODZINY ZASTĘPCZEJ**

**SPOKREWNIONEJ/ NIEZAWODOWEJ/ ZAWODOWEJ /RDD**

*właściwe podkreślić*

1. **Dane osób pełniących funkcję rodziny zastępczej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Opiekunka zastępcza**  | **Opiekun zastępczy** |
| Imię |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| Data urodzenia |  |  |
| Miejsce urodzenia |  |  |
| Obywatelstwo |  |  |
| Stan cywilny |  |  |
| Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |  |
| Nr PESEL |  |  |
| Nr telefonu |  |  |
| Adres e-mail |  |  |

1. **Adres miejsca zamieszkania**

|  |  |
| --- | --- |
| Kod pocztowy | Miejscowość |
| Ulica | Nr domu | Nr mieszkania |

1. **Sytuacja zawodowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Opiekunka zastępcza**  | **Opiekun zastępczy** |
| Imię |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| Wykształcenie*(podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, zasadnicze branżowe, średnie branżowe, średnie, wyższe)* |  |  |
| Wykonywany zawód |  |  |
| Miejsce pracy*nazwa i adres zakładu pracy* |  |  |
| Źródła dochodu |  |  |

1. **Dane o warunkach mieszkaniowych**
* Rodzaj domu/ mieszkania ……………………………………………………………………….
* Metraż …………………………………………………………………………………………...
* Forma własności ………………………………………………………………………………...

*własnościowe, spółdzielcze, wynajmowane, komunalne, socjalne itp.*

* Główny lokator lub właściciel domu, mieszkania……………………………………………….

*imię i nazwisko*

* Liczba i rodzaj pomieszczeń…………………………………………………………………….

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

* Piętro……., Winda……..
* Wyposażenie mieszkania w instalacje *(właściwe podkreślić):*
* woda zimna: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody
* woda ciepła: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem 4) brak wody
* łazienka: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) brak łazienki
* WC: 1) w mieszkaniu 2) poza mieszkaniem 3) poza budynkiem
* ogrzewanie: 1) piece węglowe 2) ogrzewanie centralne 3) ogrzewanie centralne – gazowe

4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne 5) brak ogrzewania

* gaz: 1) tak 2) nie
* Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego? 1) tak 2) nie

Jeżeli nie, to wymienić, jakich sprzętów brakuje:

……………………………………………………………………………………………………………

* Liczba miejsc do spania ………………………………………………………………………..
1. **Sytuacja zdrowotna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Opiekunka zastępcza**  | **Opiekun zastępczy** |
| Imię |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| Dane niezbędne do stwierdzenia, że osoba może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem wynikające z: |
| Zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza POZ | Przedłożono zaświadczenie nr……………………………….z dnia ……………………….. | Przedłożono zaświadczenie nr……………………………….z dnia ……………………….. |
| Opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wystawionej przez psychologa | Przedłożono zaświadczenie nr……………………………….z dnia ……………………….. | Przedłożono zaświadczenie nr……………………………….z dnia ……………………….. |
| Orzeczenie o niepełnosprawności  | Nie posiada/ posiada:Stopień niepełnosprawności…………………………………Przyczyna wydania orzeczenia………………………………….Termin obowiązywania orzeczenia………………………………….. | Nie posiada/ posiada:Stopień niepełnosprawności…………………………………Przyczyna wydania orzeczenia………………………………….Termin obowiązywania orzeczenia………………………………….. |

1. **Zakres ukończonych szkoleń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Opiekunka zastępcza**  | **Opiekun zastępczy** |
| Imię |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| Nazwa i termin odbycia szkolenia |  |  |
| Nazwa i termin odbycia szkolenia |  |  |
| Nazwa i termin odbycia szkolenia |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 ze zm.): *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej karcie są zgodne z prawdą.**

……………………………………………. ……….……………………………………

 *Podpis pracownika PCPR w Piasecznie Podpisy osób pełniących funkcje rodziny zastępczej*