

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Sobieskiego 9

42-700 Lubliniec

☎ tel./ fax. 356 - 32 – 57

e-mail: biuro@pcpr-lubliniec.pl

www.pcpr-lubliniec.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATÓW NA RODZICÓW ZASTĘPCZYCH

I. DANE PERSONALNE

Nazwisko

Imiona

Nr Pesel

Nazwisko

Imiona

Nr Pesel

Adres zamieszkania

.....

numer telefonu

.....

Jak długo mieszka Pani/Pan pod tym adresem?

.....

Poprzednie miejsca zamieszkania – adres

.....

.....

.....

.....

Adres przed zawarciem małżeństwa

.....

.....

.....

Narodowość

.....

Zawód

.....

.....

Nazwa i adres miejsca pracy

.....

.....

www.pcpr-lubliniec.pl

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Sobieskiego 9

42-700 Lubliniec

☎ tel./ fax. 356 - 32 – 57

e-mail: biuro@pcpr-lubliniec.pl

www.pcpr-lubliniec.pl

3. Imiona, nazwiska i daty urodzenia dzieci z poprzednich związków.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy ktoś z Państwa był skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub toczyło się przeciwko niemu postępowanie sądowe? Jeżeli tak proszę podać sygnaturę akt sprawy oraz artykuł.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Jaki jest stan Państwa zdrowia? Czy przechodziliście Państwo jakieś poważne operacje lub choroby? Czy obecnie leczycie się Państwo lub zażywacie jakieś leki?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy ktoś z Państwa lub ktoś z rodziny cierpiał na epilepsję, chorobę psychiczną lub inną poważną chorobę? Jeżeli tak proszę podać dane.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Sobieskiego 9

42-700 Lubliniec

☎ tel./ fax. 356 - 32 – 57

e-mail: biuro@pcpr-lubliniec.pl

www.pcpr-lubliniec.pl

7. Czy posiadacie Państwo orzeczenie o niepełnosprawności? Jeżeli tak, proszę podać jaki stopień niepełnosprawności posiadacie oraz jej rodzaj.

.....

.....

8. Proszę podać przyczyny oraz motywację, dla których chcecie Państwo zostać rodziną zastępczą.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Proszę podać wiek, płeć i ilość dzieci, które chcą Państwo objąć rodzinną pieczę zastępczą.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Czy kiedykolwiek wcześniej wnioskowali Państwo o adopcję lub pieczę zastępczą? Proszę podać szczegóły – kiedy, gdzie i z jakim efektem.

.....

.....

.....

.....

.....

11. Czy kiedykolwiek jakieś dziecko było zabrane spod Państwa opieki? Jeżeli tak proszę opisać sytuację.

.....

.....

.....

.....

.....

12. Czy jesteście Państwo gotowi na współpracę z rodzicami naturalnymi dziecka?

.....

.....

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Sobieskiego 9

42-700 Lubliniec

☎ tel./ fax. 356 - 32 - 57

e-mail: biuro@pcpr-lubliniec.pl

www.pcpr-lubliniec.pl

13. Proszę opisać relacje rodzinne ze szczególnym uwzględnieniem osób wspierających.

14. Jak układają się Państwa stosunki sąsiedzkie?

15. Jaki jest stosunek do Państwa planów związanych z pieczę zastępczą:

a) dzieci własnych

b) rodziny dalszej

c) rodziców

16. Jakie macie Państwo warunki bytowe?

17. Jak chcą Państwo spędzać czas z dziećmi?

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Sobieskiego 9

42-700 Lubliniec

☎ tel./ fax. 356 - 32 – 57

e-mail: biuro@pcpr-lubliniec.pl

www.pcpr-lubliniec.pl

18. Jak widzą Państwo edukację i rozwój zainteresowań dzieci?

19. Jaki przewidujecie system kar i nagród ?

20. Proszę podać nazwiska i adresy dwóch osób /niespokrewnionych z Państwem/, które mogą udzielić referencji:

1.

.....

2.

.....

.....
data i podpis

.....
data i podpis