Załącznik nr 1

Z G O D A N A P O D J Ę C I E W S P Ó Ł P R A C Y R O D Z I N Y Z A S Y S T E N T E M
ASYSTENT RODZINY

nazwisko rodziny	adres zamieszkania
imiona dorosłych członków rodziny	adres do korespondencji

Zgodnie z Art. 8.3 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.
o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

(Dz. U. Nr 149, poz. 887)
„Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem,
z uwzględnieniem zasobów własnych
oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.”

WYRAŻAMY ZGODĘ *) ***NIE WYRAŻAMY ZGODY*** *)
na
wspieranie naszej RODZINY przez ASYSTENTA RODZINY
w celu przezwyciężenia trudności
w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych.
*) Niepotrzebne skreślić podwójną linią

DATA PODPISANIA DOKUMENTU:

PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY:

imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	czytelny podpis

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI:

imię i nazwisko	stanowisko, numer legitymacji służbowej	czytelny podpis

Załącznik nr 2

K A R T A I N F O R M A C Y J N A D O T Y C Z Ą C A R O D Z I N Y

ASYSTENT RODZINY

Nazwisko rodziny	
data rozpoczęcia współpracy	adres zamieszkania
dane uaktualnione w dniu	
status (małżeństwo, os. samotna, konkubinat)	adres do korespondencji

M Ą Ż / O J C I E C		**Ż O N A / M A T K A**	
imię, nazwisko	data urodzenia	imię, nazwisko, nazwisko panieńskie	data urodzenia
PESEL	NIP	PESEL	NIP
telefon	e-mail	telefon	e-mail
wykształcenie	zawód	wykształcenie	zawód
dane obecnego zakładu pracy		dane obecnego zakładu pracy	
miesięczny dochód netto	łączna kwota zobowiązań alimentacyjnych / łączna kwota otrzymywanych alimentów	miesięczny dochód netto	łączna kwota zobowiązań alimentacyjnych / łączna kwota otrzymywanych alimentów

o j c a		**D Z I E C I**				**m a t k i**	
tak/nie	władza rodzicielska (pełna, ograniczona, pozbawienie, zawieszenie)	imię, nazwisko	data urodzenia	obecne miejsce pobytu	telefon	władza rodzicielska (pełna, ograniczona, pozbawienie, zawieszenie)	tak/nie

sędziowie i kuratorzy zaangażowani w sprawę (imiona, nazwiska, telefony)

pracownik socjalny, koordynator pieczy zastępczej i inni

Załącznik nr 3

A N A L I Z A W S T Ę P N A S Y T U A C J I R O D Z I N Y

ASYSTENT RODZINY

imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego analizę	nazwisko i imiona rodziny której dotyczy analiza

data przeprowadzenia analizy		Numer analizy		str.	

opis miejsca zamieszkania
(dom jednorodzinny, część domu, mieszkanie w kamienicy, bloku, stan techniczny, itp.)

opis:	stan prawny lokalu	ilość izb				media (tak/nie)		
		pokoje	łazienka	ubikacja	kuchnia	prąd	woda	gaz

dochody netto (na rękę) osiągane przez poszczególnych członków rodziny (z uwzględnieniem wszystkich składników pensji, zasiłków, rodzinnego, renty, alimentów, itp.)

lp.	imię i nazwisko	łączna kwota netto w zł
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
dochody razem:		

miesięczne wydatki stałe ponoszone przez rodzinę (miesiąc poprzedzający analizę)		miesięczne wydatki stałe ponoszone przez rodzinę (2 kolejne miesiące po analizie)	
za co	kwota w zł.	kwota w zł.	kwota w zł.
czynsz			
prąd			
woda			
gaz			
kredyt mieszkaniowy			
kredyty inne			
telefony wszystkie			
Internet, tv			
żywność			
chemia			
ubrania			
leki			
papierosy			
alkohol			
inne			
wydatki razem:			

Czy rodzina:

Organizuje dla swoich dzieci wakacje, jak często, w jakiej formie?
Zapewnia dla swoich dzieci podręczniki i przybory szkolne, utrzymuje regularne kontakty ze szkołami do których uczęszczają dzieci?
Utrzymuje kontakty z krewnymi, jak często?
Korzysta z pomocy społecznej, w jakim zakresie, stale czy okazjonalnie?
Korzysta z pomocy medycznej, w jakim zakresie, jak często?
Korzysta z porad specjalistów (psycholog, pedagog, terapeuta uzależnień, logopeda, inne), w jakim zakresie, jak często?
Jest wierząca, do jakiej parafii należy, wypełnia praktyki religijne?
Inne:
Inne:
Inne:

ANALIZA WYPOSAŻENIA MIESZKANIA RODZINY ASYSTENT RODZINY	
imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego analizę	nazwisko i imiona rodziny której dotyczy analiza

data przeprowadzenia analizy		Numer analizy		str.	

L.p.	nazwa urządzenia/przedmiotu	jest/ /brak	stan techniczny (działa/nie działa)	uzasadnienie zakupu (potrzeba/nie)	Kwota zakupu	Kto zorganizuje zakup/ naprawę

ANALIZA SYTUACJI SZKOLNEJ DZIECKA

ASYSTENT RODZINY

imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego analizę	nazwisko i imię dziecka, którego dotyczy analiza	data urodzenia dziecka

data przeprowadzenia analizy		Numer analizy		str.	

obecna Szkoła do której uczęszcza dziecko:

poziom (podstawowa, gimnazjum, liceum, inna)	adres, telefon	klasa (4a)	Imię i nazwisko wychowawcy

poprzednie Szkoły do których uczęszczało dziecko:

poziom (podstawowa, gimnazjum, liceum, inna)	adres telefon	w okresie (IX.2009-VI.2010)	Imię i nazwisko wychowawcy

Czy dziecko (opisać szczegóły)
Powtarzało rok szkolny?
Wagaruje (jak często)?
Ma problemy z poszczególnych przedmiotów?
Uczęszcza na dodatkowe zajęcia wyrównawcze?
Uczęszcza na kółka zainteresowań na terenie szkoły i poza nią?
Korzysta z porad specjalistów (psycholog, pedagog, logopeda, inne), w jakim zakresie, jak często?
Jest wierzące, wypełnia praktyki religijne?
Bierze udział w konkursach szkolnych i olimpiadach?
Inne:
Inne:

A N A L I Z A S Y T U A C J I W Y C H O W A W C Z E J D Z I E C K A ASYSTENT RODZINY					
imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego analizę		nazwisko i imię dziecka, którego dotyczy analiza		data urodzenia dziecka	
data przeprowadzenia analizy		Numer analizy		str.	
obecna Szkoła do której uczęszcza dziecko:					

Jak dziecko najczęściej (opisać szczegóły)
Odnosi się do rówieśników ?
Odnosi się do dorosłych członków rodziny?
Odnosi się do rodzeństwa?
Rozwiązuje ewentualne konflikty z rówieśnikami?
Rozwiązuje ewentualne konflikty z dorosłymi członkami rodziny?
Rozwiązuje ewentualne konflikty z rodzeństwem?
Inne:
Inne:

A N A L I Z A S Y T U A C J I Z D R O W O T N E J C Z Ł O N K Ó W R O D Z I N Y

ASYSTENT RODZINY

imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego analizę	nazwisko i imię osoby, której dotyczy analiza	data urodzenia

data przeprowadzenia analizy		Numer analizy		str.	

obecna Szkoła do której uczęszcza dziecko:

Proszę odpowiedzieć w formie opisowej na poniższe pytania

Choroby przechodzone w przeszłości?

Choroby przechodzone obecnie?

Pobyty w szpitalach?

Przebyte operacje i zabiegi?

Posiadany stopień niepełnosprawności?

Aktualnie zażywane leki?

Zaplanowane wizyty u specjalistów:

Średniomiesięczne koszty ponoszone na wizyty lekarskie, leków i rehabilitację (z wyszczególnieniem poszczególnych osobno):

Inne:

Załącznik nr 4

N O T A T K A S Ł U Ż B O W A ASYSTENT RODZINY	numer notatki

temat/dotyczy:	str.

treść:

data sporządzenia notatki:_____	imię i nazwisko sporządzającego notatkę:_____	podpis sporządzającego notatkę:_____

Załącznik nr 5

D Z I E N N I K   P R A C Y   Z   R O D Z I N Ą

ASYSTENT RODZINY

Nazwisko rodziny	Adres zamieszkania rodziny	str.
Telefon do rodziny	**Adres do korespondencji z rodziną**	

Lp	Data wizyty dd.mm.rrrr	Miejsce umówionego spotkania (dokładny adres)	Czas trwania wizyty od: hh.mm do: hh.mm	Szczegóły przebiegu wizyty opisane w notatce służbowej nr: 0001/rrrr	Czytelny Podpis Asystenta

Załącznik nr 6

O P I N I A O R O D Z I N I E W Y D A N A N A P O T R Z E B Y I N N Y C H I N S T Y T U C J I

ASYSTENT RODZINY

nazwisko i imiona rodziny której dotyczy wydana opinia:	temat opinii:	str.

opinia wydana na potrzeby:

treść opinii:

data sporządzenia: dd.mm.rrrr	numer opinii: (OP.001.2012)	imię i nazwisko osoby sporządzającej opinię:	czytelny podpis osoby sporządzającej opinię:

Załącznik nr 7

R E J E S T R   W Y D A N Y C H   O P I N I I   N A   P O T R Z E B Y   I N N Y C H   I N S T Y T U C J I

ASYSTENT RODZINY

imię i nazwisko asystenta		str.

Lp	data sporządzenia dd.mm.rrrr	Nazwisko rodziny	nazwa instytucji dla której sporządzono opinię	numer	data przesłania dd.mm.rrrr	Czytelny Podpis Asystenta

Załącznik nr 8

K A R T A I N D Y W I D U A L N Y C H K O N S U L T A C J I W Y C H O W A W C Z Y C H

ASYSTENT RODZINY

imię i nazwisko asystenta	nazwisko i imiona rodziny której dotyczy konsultacja	str.

data konsultacji dd.mm.rrrr	temat:	numer

opis:

data sporządzenia opisu:_____	imię i nazwisko sporządzającego opis:_____	podpis sporządzającego opis:_____

Załącznik nr 9

KARTA MONITORINGU

funkcjonowania rodziny po zakończeniu wsparcia asystenta rodziny

……
(Imię, nazwisko, adres rodziny)

……
(miesiąc, rok)

Lp.	Działanie/Spotkanie	Miejsce spotkania czas od-do	Potwierdzenie odbycia spotkania
1.			