

**WNIOSEK O PRZYDZIELENIE ASYSTENTA RODZINY**

(art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodzin i systemie pieczy zastępczej  
Dz. U. z 2024 r. poz. 177, z późn. zm.)

**Dyrektor**

**Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Żninie**

Wnioskuje o objęcie wsparciem asystenta rodziny

Pani/Pana:.....

.....

zam.....

**Uzasadnienie wniosku:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy)



**ZGODA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM  
ASYSTENT RODZINY**

nazwisko rodziny	adres zamieszkania
imiona dorosłych członków rodziny	adres do korespondencji

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.  
**o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**

(Dz. U. z 2024 r. poz. 177, z późn. zm.)

„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

NOTATKA SŁUŻBOWA ASYSTENT RODZINY		numer notatki
tema/dotyczy:		str.
treść:		
data sporządzenia notatki:	imię i nazwisko sporządzającego notatkę:	podpis sporządzającego notatkę:

**KARTA MONITORINGU**

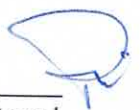
**funkcjonowania rodziny po zakończonym wsparciu**

**asystenta rodziny**

.....  
(Imię, nazwisko, adres rodziny)

.....  
(miesiąc, rok)

LP.	DZIAŁANIE/SPOTKANIE	MIEJSCE SPOTKANIA CZAS OD-DO	POTWIERDZENIE ODBYCIA SPOTKANIA
1.			







### Plan pracy z rodziną

Dane członków rodziny:

Data utworzenia:

Cel główny:

Lp.	Cel szczegółowy	Działania	Termin i miejsce wykonania	Osoba odpowiedzialna za wykonanie	Przewidywane efekty działań

.....  
(podpis asystenta rodziny)

.....  
(podpisy członków rodziny)

### Aktualizacja planu pracy z rodziną

Dane członków rodziny:

Data aktualizacji:

Cel główny:

Lp.	Cel szczegółowy	Działania	Termin i miejsce wykonania	Osoba odpowiedzialna za wykonanie	Przewidywane efekty działań

.....  
(podpis asystenta rodziny)

.....  
(podpisy członków rodziny)











OPINIA O RODZINIE WYDANA NA POTRZEBY INNYCH INSTYTUCJI ASYSTENT RODZINY			
nazwisko i imiona rodziny której dotyczy wydana opinia:	temat opinii:		str.
treść opinii:			
data sporządzenia: dd.mm.rrrr	numer opinii: (OP.001.2012)	imię i nazwisko osoby sporządzającej opinię:	czytelny podpis osoby sporządzającej opinię:

**Dyrektor /  
Kierownik Działu Pomocy Środowiskowej  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Żninie**

**WNIOSEK**

**o zakończeniu objęcia wsparciem asystenta rodziny**

Proszę o zakończenie objęcia rodziny Pani/Pana .....

Zamieszkałej/ego w .....

.....

wsparciem asystenta rodziny od dnia .....

Uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis asystenta rodziny

.....  
podpis pracownika socjalnego

**Decyzja kierownika Działu Pomocy Środowiskowej MOPS w Żninie**

.....

.....

.....

.....  
podpis dyrektora / kierownika DPŚ

Data .....

