



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
w Starogardzie Gdańskim

ul. Mickiewicza 9, 83-200 Starogard Gdański
tel. 58 5602320, fax 58 5626531, www.pcrstarogard.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla kandydatów na rodzinę zastępczą
PROSIMY WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

I. DANE KANDYDATA/KANDYDATÓW					
	KANDYDAT/KA			KANDYDAT/KA	
Imię					
Drugie imię					
Nazwisko					
Nazwisko rodowe					
Imiona rodziców	matki		matki		
	ojca		ojca		
Nazwisko rodowe matki					
Data urodzenia					
Miejsce urodzenia					
PESEL					
Nr dowodu osobistego					
Stan cywilny <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	panna/kawaler		panna/kawaler		
	w związku małżeńskim		w związku małżeńskim		
	rozwidziona/y		rozwidziona/y		
	wdowa/wdowiec		wdowa/wdowiec		
Obywatelstwo					
Adres zamieszkania					
Telefon kontaktowy					
Adres e-mail					
Źródło dochodu					
Miejsce pracy					
Wykonywany zawód					
Wykształcenie <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	podstawowe		podstawowe		
	średnie ogólne		średnie ogólne		
	średnie techniczne/zawodowe		średnie techniczne/zawodowe		
	wyższe		wyższe		

II. DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PROWADZENIA RODZINY ZASTĘPCZEJ

Rodzaj nieruchomości <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	lokal mieszkalny w budynku wielorodzinnym	
	dom jednorodzinny	
Tytuł prawny do korzystania z nieruchomości <i>(zaznaczyć poprzez wstawienie znaku X)</i>	własność	
	najem	
	inne	
Warunki mieszkaniowe <i>(proszę opisać)</i>		

III. PYTANIA DOTYCZĄCE PIECZY ZASTĘPCZEJ

Dlaczego chcą Państwo zostać rodziną zastępczą? Proszę opisać.

Jakie dzieci są Państwo gotowi przyjąć pod swoją opiekę i wychowanie?

Proszę podać wiek, płeć i liczbę dzieci oraz inne, według Państwa istotne, informacje.

--

Czy podejmowali Państwo wcześniej starania o zostanie rodziną zastępczą?

Jeżeli tak, proszę podać instytucje, z którymi Państwo nawiązali kontakt oraz przyczyny niedopełnienia procesu kwalifikacji.

Pelnienie funkcji rodziny zastepczej wiaze sie z potrzeba wspolpracy z rodzicami biologicznymi dzieci w pieczy zastepczej.

Czy są Państwo otwarci na taką współpracę? Jak Państwo wyobrażają sobie taką współpracę? Proszę opisać.

..... miejsowość data podpis/y
---------------------	---------------	-------------------------------------

.....
(miejscowość)

(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(nr telefonu, adres e-mail)

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Starogardzie Gdańskim
ul. Mickiewicza 9
83-200 Starogard Gdański

*niepotrzebne skreślić

Zwracam/y* się z prośbą o przeprowadzenie wobec mnie/nas* procesu wstępnej kwalifikacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej niezawodowej oraz, w przypadku uzyskania pozytywnej opinii po procesie wstępnej kwalifikacji, o przeszkolenie na rodzinę zastępczą niezawodową.

.....
(własnoręczny/e podpis/podpisy)