

Zarządzenie nr 11A / 2025  
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy  
z dnia 11 lutego 2025 r.

zmieniające Zarządzenie nr 18/ 2024 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie wprowadzenia procedury kwalifikacyjnej dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, rodziny zastępczej niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka oraz organizacji szkolenia kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, rodziny zastępczej niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.

Na podstawie § 6 ust. 1 załącznika do uchwały nr 969/2023 Zarządu Powiatu w Świdnicy z dnia 31 stycznia 2023 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy oraz na podstawie art. 76 ust. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ( tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 49) zarządza się, co następuje:

§ 1. Zmienia się treść § 3 Załącznika nr 1 do Zarządzenia 18/ 2024 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy z dnia 13 czerwca 2024 r. w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie:

„§ 3

1. Oceny spełniania przez kandydatów warunków, o których mowa w art 42 ust. 1-3 Ustawy, na wniosek dokonuje Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej zwany dalej „ORPZ” na podstawie następujących dokumentów:

1) **wniosku kandydata o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji wraz z załącznikami - załącznik nr 1 do Procedury** wraz z:

- 1) klauzulą zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik nr 1/5;
  - 2) zgodą na weryfikację danych z rejestru Sprawców i KRK - załącznik nr 2/5;
  - 3) oświadczeniem o rękojmi - załącznik nr 3/5;
  - 4) oświadczeniem o władzy rodzicielskiej, o obowiązku alimentacyjnym, o zdolności do czynności prawnych, o przebywaniu na terytorium RP - załącznik nr 4/5;
  - 5) oświadczeniem o niekaralności - załącznik nr 5/5;
- 2) dowodów osobistych do wglądu;
  - 3) odpisu aktu małżeństwa - osób będących w związku małżeńskim do wglądu;
  - 4) zaświadczenia potwierdzającego zatrudnienie i wysokość dochodu. W przypadku osób bezrobotnych: zaświadczenie lub decyzję z urzędu pracy, jeżeli osoba nie jest zarejestrowana - oświadczenie o sytuacji życiowej. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą zeznanie PIT za poprzedni rok kalendarzowy oraz oświadczenie o dochodach. W przypadku emerytów/rencistów - dokument potwierdzający wysokość świadczenia. Na okoliczność braku przedmiotowych zaświadczeń dopuszczalne jest złożenie oświadczenia o osiągniętych dochodach.
  - 5) dokumentów potwierdzających sytuację mieszkaniową kandydata (akt własności lub odpis księgi wieczystej lub umowa najmu lokalu lub zaświadczenie potwierdzające zameldowanie lub oświadczenie potwierdzające sytuację mieszkaniową).

- 6) zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 7) opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawionej przez psychologa;
- 8) kwestionariusza wywiadu z kandydatami do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka (analiza sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej przeprowadzana jest przez pracownika zespołu ds. rodzinnej pieczy zastępczej w miejscu zamieszkania kandydatów - **załącznik nr 2 do Procedury**);
- 9) zaświadczenia o niekaralności (Krajowy Rejestr Karny);
- 10) informacji z rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.

2. ORPZ określa termin złożenia przez kandydata dokumentów, o których mowa w ust 1.

3. W przypadku niedostarczenia przez kandydata dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia wstępnej kwalifikacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej w wyznaczonym terminie ORPZ sporządza pismo do kandydata zobowiązujące do dostarczenia dokumentów terminie 3 dni od daty jego otrzymania. W sytuacji, gdy kandydat mimo ponownego zobowiązania nie dostarczy dokumentów ORPZ sporządza negatywną wstępną kwalifikację.

4. W sytuacji, gdy wobec kandydata toczy się postępowanie wyjaśniające przed wymiarem sprawiedliwości i ORPZ nie posiada informacji z KRK należy poinformować kandydata o braku możliwości przeprowadzenia wstępnej kwalifikacji w terminie jednego miesiąca od dnia złożenia wniosku, z zaznaczeniem, że kandydat może złożyć wniosek o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji u innego organizatora rodzinnej pieczy zastępczej.”

§ 2. Zmienia się treść § 5 ust. 3 Załącznika nr 1 do Zarządzenia 18/ 2024 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy z dnia 13 czerwca 2024 r. w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie:

„3. Rozpoczęcie szkolenia, o którym mowa w ust. 2 uzależnione jest od liczby kandydatów umożliwiającej prowadzenie szkolenia grupowego. Jako minimum ustala się liczbę 3 osób zgłaszających chęć udziału w szkoleniu.”

§ 3. Zmienia się treść Załączników Nr 1 i Nr 2 do Procedury stanowiącej Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 18/2024 z dnia 13 czerwca 2024 r. w ten sposób, że otrzymają one brzmienie, jak Załączniki Nr 1 i Nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 4. Wykonanie Zarządzenia powierza się Kierownikowi Zespołu ds. Rodzinnej Pieczy Zastępczej.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
POWIATOWEGO CENTRUM  
POMOCY RODZINIE W ŚWIDNICY  
*Beata Gałęwska*

RADCA PRAWNY  
*Zieliński*  
mgr Przemysław Zieliński  
WŁ. WP/103

**Załącznik nr 1 do Procedury  
– wniosek kandydata o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

**Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Świdnicy**

**WNIOSEK  
O PRZEPROWADZENIE WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

Na podstawie art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej wnoszę o przeprowadzenie, na podstawie oceny spełnienia warunków o których mowa w art. 42 ust. 1 -3 przedmiotowej ustawy, wstępnej kwalifikacji do pełnienia funkcji:

- ☐ rodziny zastępczej niezawodowej
- ☐ rodziny zastępczej zawodowej
- ☐ prowadzenia rodzinnego domu dziecka

Przyjmuję do wiadomości, że pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenia rodzinnego domu dziecka, zgodnie z art. 42 ust. 1 -3 ustawy może być powierzone osobom, które:

- 1) dają rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej;
- 2) nie są i nie były pozbawione władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest im ograniczona ani zawieszona;
- 3) wypełniają obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do nich wynika z tytułu egzekucyjnego;
- 4) nie są ograniczone w zdolności do czynności prawnych;
- 5) są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem co zostało potwierdzone:
  - a) zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej oraz
  - b) opinią o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawioną przez psychologa, który posiada co najmniej wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia oraz 2-letnie doświadczenie w poradnictwie rodzinnym;

- 6) przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z tym że w przypadku cudzoziemców pobyt ich jest legalny;
- 7) zapewnią odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe umożliwiające dziecku zaspokojenie jego indywidualnych potrzeb, w tym:
  - a) rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego;
  - b) właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań;
  - c) wypoczynku i organizacji czasu wolnego.
- 8) nie figurują w bazie danych Rejestru Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.
- 9) nie były skazane prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.
- 10) posiadają stałe źródło dochodów (co najmniej jedna osoba tworząca tę rodzinę musi posiadać stałe źródło dochodu - dot. rodzin zastępczych niezawodowych).

**Jednocześnie wyrażam/y zgodę na:**

- przeprowadzenie w miejscu zamieszkania wizyty celem analizy mojej/naszej sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej oraz
- przeprowadzenie badania psychologicznego celem wydania opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej oraz
- złożenia zapytania o uzyskanie informacji z Krajowego Rejestru Karnego oraz
- złożenie zapytania o uzyskanie informacji z Rejestru Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym.

**Zobowiązuje się do dostarczenia:**

- 1) zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527),
- 2) zaświadczenia potwierdzającego zatrudnienie i wysokość dochodu. W przypadku osób bezrobotnych: zaświadczenie lub decyzję z urzędu pracy, jeżeli osoba nie jest zarejestrowana - oświadczenie o sytuacji życiowej. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą zeznanie PIT za poprzedni rok kalendarzowy oraz oświadczenie o dochodach. W przypadku emerytów/rencistów - dokument potwierdzający wysokość świadczenia. Na okoliczność braku przedmiotowych zaświadczeń dopuszczalne jest złożenie oświadczenia o osiągniętych dochodach.
- 3) dokumentów potwierdzający sytuację mieszkaniową kandydata (akt własności lub odpis księgi wieczystej lub umowa najmu lokalu lub zaświadczenie potwierdzające zameldowanie lub oświadczenie potwierdzające sytuację mieszkaniową).

**Motywacja do sprawowania pieczy zastępczej względem dziecka:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(czytelny podpis kandydata)

## KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania: .....  
Telefon: .....  
Adres e-mailowy: .....

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- mojego numeru telefonu ☐ tak ☐ nie
- mojego adresu poczty elektronicznej ☐ tak ☐ nie

dla potrzeb efektywnego i sprawnego prowadzenia spraw związanych ze zgłoszeniem się na szkolenie dla kandydatów na rodzinę zastępczą/rodzinny dom dziecka oraz realizacją praw i obowiązków wynikających z prowadzonych postępowań, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

2) Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i publikowanie zdjęć, materiałów filmowych zawierających mój wizerunek zarejestrowany między innymi: podczas imprez, szkoleń i spotkań, na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy w celu realizacji zadań statutowych związanych z promowaniem działalności Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy ☐ tak ☐ nie

3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie zdjęć, materiałów filmowych zawierających mój wizerunek zarejestrowany między innymi: podczas imprez, szkoleń i spotkań na serwisie społecznościowym Facebook prowadzonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy na potrzeby promowania idei rodzicielstwa zastępczego ☐ tak ☐ nie

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

### Oświadczam, że:

- a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,
- c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania.

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica. Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres: ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica lub za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: [pcpr@pcpr.swidnica.pl](mailto:pcpr@pcpr.swidnica.pl).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: [iod@pcpr.swidnica.pl](mailto:iod@pcpr.swidnica.pl) lub za pomocą operatora pocztowego na

adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”. Może Pani/Pan się kontaktować z inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na podstawie RODO.

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z realizacją praw i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, które pozostają w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,
  - c) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
  - d) podmioty, którym przekazanie Pani/Pana danych osobowych następuje na podstawie Pani/Pana wniosku lub zgody.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a następnie po tym czasie zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
8. Administrator pragnie zapewnić Panią/Pana, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia oraz inne uprawnienia w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania lub ich uzupełnienia ze względu na prowadzenie spraw związanych z realizacją praw i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, które pozostają w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Konsekwencją niepodania i nieuzupełnienia danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
13. Podane przez Panią/Pana dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).
14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

.....  
(miejscowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2/5**  
**do wniosku kandydata o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji**  
**-zgoda na weryfikację danych z Rejestru Sprawców i KRK**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

**ZGODA NA WERYFIKACJĘ DANYCH**

w Rejestrze Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym oraz  
w **Krajowym Rejestrze Karnym\*** (\*dot. RZZ, RZN, RZS oraz RDD)

W związku z koniecznością realizacji obowiązku dotyczącego uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym o osobie wykonującej działalność związaną z wychowaniem, edukacją, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi, osobie zatrudnionej lub świadczącej usługi w jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej wnoszę o weryfikację danych poprzez podanie następujących danych osobowych:

**Cel: spełnienie warunku zawartego w art. 42 ust. 1 pkt 8 oraz ust. 2 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (kandydat na rodzinę zastępczą - szkolenie)**

|     |                        |  |
|-----|------------------------|--|
| 1.  | numer PESEL            |  |
| 2.  | imiona                 |  |
| 3.  | nazwisko               |  |
| 4.  | nazwisko rodowe        |  |
| 5.  | imię ojca              |  |
| 6.  | imię matki             |  |
| 7.  | data urodzenia         |  |
| 8.  | nazwisko rodowe matki* |  |
| 9.  | miejsce urodzenia*     |  |
| 10. | obywatelstwo*          |  |

**Podstawa prawna:**

- 1) Art. 7b ust.1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- 2) Art. 12 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 560),
- 3) § 14 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (Dz. U. z 2017 r., poz. 1561).

.....  
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę na weryfikację danych)



.....  
(miejscowość, data)

### OŚWIADCZENIE nr 1

Ja, niżej podpisany/-a

.....  
(imię i nazwisko)  
zamieszkały/-a

.....  
(dokładny adres)

**Oświadczam, że:**

- 1) daję rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej  
☐ TAK                      ☐ NIE
- 2) jestem w stanie zapewnić odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe dziecku umożliwiające zaspokojenie jego indywidualnych potrzeb, w tym:
- rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego,
  - właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań,
  - wypoczynku i organizacji czasu wolnego.
- ☐ TAK                      ☐ NIE

Ponadto oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż celem rodzinnej pieczy zastępczej jest przygotowanie dziecka do:

- godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia,
- pokonywania trudności życiowych zgodnie z zasadami etyki,
- nawiązywania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowalnych kontaktów z rodziną, rówieśnikami w celu łagodzenia skutków doświadczania straty i separacji oraz zdobywania umiejętności społecznych oraz zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno – rekreacyjnych.

.....  
(czytelny podpis)



**Załącznik nr 4/5**  
**do wniosku kandydata o przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji**  
**- oświadczenie nr 2**

.....  
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE nr 2**

Ja, niżej podpisany/-a

.....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/-a

.....  
(dokładny adres)

**Oświadczam, że:**

1) nie byłam/-em pozbawiona/y władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest mi ograniczona ani zawieszona

☐ TAK ☐ NIE

2) byłam/-em pozbawiona/y władzy rodzicielskiej

☐ TAK ☐ NIE

3) władzę rodzicielską mam lub miałem/am ograniczoną lub zawieszoną

☐ TAK ☐ NIE

4) wypełniam obowiązek alimentacyjny, który został na mnie nałożony na podstawie tytułu egzekucyjnego

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

5) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam w pełni z praw publicznych

☐ TAK ☐ NIE

6) przebywam na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

☐ TAK ☐ NIE

.....  
(czytelny podpis)

**Uwagi:**

.....  
.....  
.....





Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 111/2025 z dnia 11.02.2025 r.

Załącznik nr 2 do Procedury  
kwestionariusz analizy sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej

**Kwestionariusz analizy sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej  
z kandydatami do pełnienia funkcji rodziny zastępczej**

**Sytuacja osobista**

**Dane osobowe:**

|                                                           |               |              |                |
|-----------------------------------------------------------|---------------|--------------|----------------|
| Imię:                                                     |               | Imię:        |                |
| Nazwisko:                                                 |               | Nazwisko:    |                |
| Nr PESEL:                                                 |               | Nr PESEL:    |                |
| Adres zamieszkania:                                       | kod pocztowy: | miejscowość: |                |
|                                                           | ulica:        | nr domu:     | nr mieszkania: |
| Adres zameldowania<br>(jeśli jest inny niż zamieszkania): | kod pocztowy: | miejscowość: |                |
|                                                           | ulica:        | nr domu:     | nr mieszkania: |
| telefon:                                                  |               | telefon:     |                |

### Sytuacja rodzinna

Informacje o członkach rodziny (należy wpisać dane wszystkich osób wspólnie zamieszkujących oraz dzieci biologicznych, przysposobionych, również zamieszkujących oddzielnie).

| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Stan cywilny | Stopień pokrewieństwa |
|-----|-----------------|----------------|--------------|-----------------------|
| 1*  |                 |                |              |                       |
| 2   |                 |                |              |                       |
| 3   |                 |                |              |                       |
| 4   |                 |                |              |                       |
| 5   |                 |                |              |                       |
| 6   |                 |                |              |                       |
| 7   |                 |                |              |                       |
| 8   |                 |                |              |                       |
| 9   |                 |                |              |                       |
| 10  |                 |                |              |                       |

\* Osoby prowadzące oddzielne gospodarstwa domowe oraz dzieci niezamieszkujące z rodziną należy odznaczyć poziomą kreską.

| L.p.                                                                                                                                                          | Wykształcenie,<br>wykonywany<br>zawód | Miejsce<br>pracy lub<br>nauki<br>(szkoła,<br>przedszkole) | Sytuacja<br>zdrowotna<br>(orzeczenie) | Źródło<br>dochodu<br>(utrzymania)<br>rodzaj i<br>wysokość     | Karalność | Uwagi<br>[zarejestrowany/a<br>w urzędzie pracy<br>tak/nie,<br>od kiedy pozostaje bez<br>zatrudnienia,<br>rodzaj umowy,<br>godziny pracy<br>(praca zmianowa)] |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 2                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 3                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 4                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 5                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 6                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 7                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 8                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 9                                                                                                                                                             |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 10                                                                                                                                                            |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| Czy osoba/rodzina korzystała lub korzysta z pomocy innych osób lub pomocy instytucji, a jeśli tak, to jakiego rodzaju była ta pomoc ?                         |                                       |                                                           |                                       |                                                               |           |                                                                                                                                                              |
| 1) rodziny<br>2) osób obcych<br>3) organizacji samopomocowych, pozarządowych<br>4) kościołów lub związków wyznaniowych<br>5) innych instytucji np.: OPS, MOPS |                                       |                                                           |                                       | 1) pomoc pieniężna<br>2) pomoc w naturze<br>3) pomoc usługowa |           |                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Kto z członków rodziny i dlaczego, mimo wspólnego zamieszkiwania, prowadzi oddzielne gospodarstwo domowe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
| Czy w rodzinie występują konflikty?<br>1) tak<br>2) nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Kogo dotyczą? |
| Przyczyny konfliktów i jakie były podejmowane próby rozwiązania konfliktów:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |
| Czy występują problemy opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi? Jakie?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
| Jeżeli tak, to czy były lub są podejmowane próby ich rozwiązania? Jakie?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| Czy rodzina lub dziecko są objęci nadzorem kuratora? (jeśli tak, to kto jest kuratorem)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |
| Czy ktoś z członków rodziny korzysta lub korzystał z usług ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub placówki opiekuńczo-wychowawczej, przebywa lub przebywał w zakładzie poprawczym, schronisku dla nieletnich, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii? <b>Jeżeli tak, to kto, z jakiego rodzaju placówki korzystał, jaki jest adres, czas pobytu i data zakończenia pobytu:</b> |               |
| Czy wobec któregoś z członków rodziny toczy się postępowanie karne (podać wobec kogo i jakie przestępstwo) lub czy ktoś z członków rodziny był karany za popełnienie przestępstwa?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |

Czy ktoś z członków rodziny przebywa lub przebywał w zakładzie karnym? Jeżeli tak, to kto, z jakiego rodzaju placówki korzystał, jaki jest adres pobytu i data zakończenia pobytu?

Czy osoba/rodzina utrzymuje kontakty z innymi członkami rodziny zamieszkałymi oddzielnie:

1) tak

2) nie

Jeżeli tak, to jakiego rodzaju są to kontakty i jak częste?

Jaki jest preferowany sposób spędzania wolnego czasu?

Dorośli

Dzieci

Jakie zainteresowania mają poszczególni członkowie rodziny?

Dorośli

Dzieci

Czy w domu hodowane są zwierzęta domowe? Jeśli tak, to jakie i kto się nimi opiekuje?

### **Sytuacja mieszkaniowa osoby/rodziny**

Główny lokator lub właściciel mieszkania, domu (imię i nazwisko, adres):

|                                                               |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|
| Mieszkanie:                                                   | 1) lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego<br>2) własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego<br>3) własność lokalu/domu<br>4) komunalne/kwaterunkowe                             |                     |                  |
| Metraż:                                                       | 5) mieszkanie wynajęte<br>6) mieszkanie chronione<br>.....<br>7) prawo do domu jednorodzinnego/jego części w spółdzielni mieszkaniowej<br>8) hotel<br>9) barak<br>10) brak mieszkania<br>11) inne (jakie) |                     |                  |
| Liczba pokoi                                                  |                                                                                                                                                                                                           | Oddzielna kuchnia   | 1) tak    2) nie |
| Piętro                                                        |                                                                                                                                                                                                           | Winda               | 1) tak    2) nie |
| Wyposażenie mieszkania w instalacje:                          |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| Woda zimna:                                                   |                                                                                                                                                                                                           | Woda ciepła:        |                  |
| 1) w mieszkaniu                                               |                                                                                                                                                                                                           | 1) w mieszkaniu     |                  |
| 2) poza mieszkaniem                                           |                                                                                                                                                                                                           | 2) poza mieszkaniem |                  |
| 3) poza budynkiem                                             |                                                                                                                                                                                                           | 3) poza budynkiem   |                  |
| 4) brak wody                                                  |                                                                                                                                                                                                           | 4) brak wody        |                  |
| Łazienka:                                                     |                                                                                                                                                                                                           | WC:                 |                  |
| 1) w mieszkaniu                                               |                                                                                                                                                                                                           | 1) w mieszkaniu     |                  |
| 2) poza mieszkaniem                                           |                                                                                                                                                                                                           | 2) poza mieszkaniem |                  |
| 3) brak łazienki                                              |                                                                                                                                                                                                           | 3) poza budynkiem   |                  |
| Ogrzewanie:                                                   |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 1) piece węglowe                                              |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 2) ogrzewanie centralne                                       |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 3) ogrzewanie centralne – gazowe                              |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 4) ogrzewanie elektryczne – akumulacyjne                      |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 5) brak ogrzewania                                            |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| Gaz:                                                          |                                                                                                                                                                                                           | Telefon:            |                  |
| 1) tak                                                        |                                                                                                                                                                                                           | 1) tak              |                  |
| 2) nie                                                        |                                                                                                                                                                                                           | 2) nie              |                  |
| Stan utrzymania mieszkania:                                   |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 1) czyste, zadbane                                            |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 2) brudne, zaniedbane                                         |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 3) zdewastowane                                               |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 4) inne (jakie)                                               |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| Czy rodzina posiada podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego: |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| 1) tak                      2) nie                            |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| Jeżeli nie, to wymienić jakich sprzętów brakuje:              |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |
| Liczba miejsc do spania:                                      |                                                                                                                                                                                                           |                     |                  |

| Czy dla dziecka przewidziane są:                                                             | obecnie       | dla ilu dzieci | może być przystosowane | dla ilu dzieci |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|------------------------|----------------|
| osobny pokój                                                                                 | 1) tak 2) nie |                | 1) tak 2) nie          |                |
| samodzielne łóżko                                                                            | 1) tak 2) nie |                | 1) tak 2) nie          |                |
| miejsce do zabawy                                                                            | 1) tak 2) nie |                | 1) tak 2) nie          |                |
| miejsce do nauki                                                                             | 1) tak 2) nie |                | 1) tak 2) nie          |                |
| Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do przyjęcia dziecka w wieku 0–3 lat? | 1) tak 2) nie |                |                        |                |
| Czy mieszkanie i jego wyposażenie może być dostosowane do potrzeb dziecka niepełnosprawnego? | 1) tak 2) nie |                |                        |                |

### Sytuacja majątkowa osoby/rodziny

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Łączny dochód w rodzinie                                          |    |
| Stałe, miesięczne wydatki osoby/rodziny łącznie w zł              |    |
| Czynsz/podatek od nieruchomości/<br>opłaty za użytkowanie gruntów | zł |
| Energia elektryczna                                               | zł |
| Gaz                                                               | zł |
| Woda                                                              | zł |
| Opał/ogrzewanie                                                   | zł |
| Usługi telekomunikacyjne (telefon, internet)                      | zł |
| Odbiór nieczystości                                               | zł |
| Abonament telewizyjny                                             | zł |
| Alimenty                                                          | zł |
| Opłaty za dom pomocy społecznej                                   | zł |
| Opłaty za szkołę/bursę/internat                                   | zł |
| Opłaty za przedszkole                                             | zł |
| Wydatki na leki i leczenie                                        | zł |
| Raty, kredyty (wysokość, termin spłaty)                           | zł |
| Obciążenia komornicze, zadłużenia<br>(wysokość termin spłaty)     | zł |
| Inne (jakie)                                                      | zł |

### Sytuacja zdrowotna

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jakie choroby występują w rodzinie?                                                                             |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby niepełnosprawne, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi?<br>1) tak      2) nie |
| Jakiego rodzaju jest to niepełnosprawność?                                                                      |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od alkoholu?<br>1) tak      2) nie                                  |
| Czy z rodziną zamieszkują osoby uzależnione od środków odurzających?<br>1) tak      2) nie                      |
| Czy osoba/rodzina podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu?<br>1) tak      2) nie                                      |

### Sytuacja osób uzależnionych

| Imię i nazwisko | Rodzaj uzależnienia | Czy podjęto leczenie odwykowe (tak/nie)<br>Jeżeli tak, to kiedy?<br>Wymienić wszystkie | Czy osoba uzależniona wyraża zgodę na podjęcie leczenia<br>tak/nie | Od kiedy używa substancji psychoaktywnych | Uwagi (funkcjonowanie w trakcie używania i w okresach abstynencji) |
|-----------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                 |                     |                                                                                        |                                                                    |                                           |                                                                    |
|                 |                     |                                                                                        |                                                                    |                                           |                                                                    |
|                 |                     |                                                                                        |                                                                    |                                           |                                                                    |

### Informacje o gotowości osób do przyjęcia dziecka

|             |                                                                                                                                    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Typ rodziny | 1) spokrewniona<br>2) niezawodowa<br>3) zawodowa typ:<br>a) pogotowie rodzinne<br>b) specjalistyczna<br>c) wielodzietna<br>d) inna |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny zastępczej?

- 1) tak                      2) nie

Jeżeli tak, to kiedy i z jakim skutkiem?

Czy osoba/rodzina wcześniej ubiegała się o pełnienie funkcji rodziny adopcyjnej?

- 1) tak                      2) nie

Jeżeli tak, to kiedy i z jakim skutkiem?

Czym kierowały się osoby zgłaszające gotowość do pełnienia funkcji rodziny zastępczej przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu dziecka do rodziny?

Czy rodzina odbyła szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej (jeśli tak, to kto i kiedy prowadził szkolenie, jakim programem):

W jaki sposób rodzina planuje zorganizować opiekę nad przyjmowanym dzieckiem, a w szczególności:

1) kto będzie zajmował się dzieckiem w czasie pracy opiekunów?

2) jak zostanie zorganizowana opieka nad dzieckiem w czasie choroby?

3) kto i w jaki sposób będzie pomagał dziecku w nauce?

4) czy rodzina jest w stanie zapewnić dziecku wypoczynek wakacyjny?

5) jak będzie organizowany czas wolny dziecka?

Rodzina została poinformowana gdzie może szukać pomocy w przypadku wystąpienia trudności w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej.

1) tak

2) nie

Potrzeby szkoleniowe rodziny i zakres ukończonych szkoleń

Jaki jest stosunek własnych dzieci oraz dotychczas objętych pieczą do przyjęcia nowego członka rodziny?

| Imię i nazwisko | Wiek | Czy zamieszkuje wspólnie? | Jaki jest stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny?<br>(pozytywny, obojętny, niechętny, zdecydowanie przeciwny) | Uwagi |
|-----------------|------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                 |      |                           |                                                                                                                     |       |
|                 |      |                           |                                                                                                                     |       |
|                 |      |                           |                                                                                                                     |       |
|                 |      |                           |                                                                                                                     |       |

Jaki jest stosunek rodziców i bliskich osób zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji zastępczej do przyjęcia nowego członka rodziny?

| Imię i nazwisko<br>(stopień pokrewieństwa) | Wiek | Czy zamieszkuje wspólnie?<br>tak/nie | Jaki jest jego stosunek do przyjęcia nowego członka rodziny?<br>(pozytywny, obojętny, niechętny, zdecydowanie przeciwny) | Uwagi |
|--------------------------------------------|------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                            |      |                                      |                                                                                                                          |       |
|                                            |      |                                      |                                                                                                                          |       |
|                                            |      |                                      |                                                                                                                          |       |
|                                            |      |                                      |                                                                                                                          |       |

Jaki jest Państwa stosunek do kontaktów z rodziną biologiczną dziecka?

Jaki jest Państwa stosunek do opieki nad dzieckiem o odmiennych poglądach religijnych?

.....  
(data i podpis osób z którymi przeprowadzono wywiad)

.....  
(data i podpis pracownika sporządzającego wywiad)

---

\* Niepotrzebne skreślić

**OCENA SYTUACJI OSOBY/RODZINY**  
**dot. spełnienia warunków kandydata/ów na rodzinę zastępczą**  
**zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4, 6, 7, ust. 3**  
**ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej celem**  
**wydania wstępnej kwalifikacji**

**Imię i nazwisko kandydata/ów .....**

**Data wizyty w miejscu zamieszkania .....**

| L.p. | Warunki do spełnienia art. 42 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4, 6, 7, ust. 3 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.                                                                                                                                                        |                        |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1.   | Dają rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej                                                                                                                                                                                                                             | TAK NIE                |
| 2.   | Nie są i nie byli pozbawieni władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest im ograniczona ani zawieszona                                                                                                                                                                 | TAK NIE                |
| 3.   | Wypełniają obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do nich wynika z tytułu egzekucyjnego                                                                                                                                                               | TAK NIE<br>Nie dotyczy |
| 4.   | Nie są ograniczone w zdolności do czynności prawnych                                                                                                                                                                                                                               | TAK NIE                |
| 5.   | Przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej                                                                                                                                                                                                                                 | TAK NIE                |
| 6.   | Zapewniają odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe umożliwiające dziecku zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, w tym:<br>a) rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego,<br>b) właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań,<br>c) wypoczynku i organizacji czasu wolnego. | TAK NIE                |
| 7.   | W przypadku rodziny zastępczej niezawodowej co najmniej jedna osoba tworzącą tę rodzinę musi posiadać stałe źródło dochodów.                                                                                                                                                       | TAK NIE<br>Nie dotyczy |

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*(data i podpis osoby weryfikującej)*

**OCENA SYTUACJI OSOBY/RODZINY**  
**dot. spełnienia warunków kandydata/ów na rodzinę zastępczą**  
**zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 5, 8 ust. 2**  
**ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej celem**  
**wydania wstępnej kwalifikacji**

| L.p. | Warunki do spełnienia z art. 42 ust. 1 pkt 5, 8 ust. 2 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.                                                                                                                                                                                                                                                |         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.   | Nie figuruje w bazie danych Rejestru Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym<br>Data weryfikacji .....                                                                                                                                                                                                                                    | TAK NIE |
| 2.   | Nie jest i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo potwierdzone informacją z Krajowego Rejestru Karnego (dot. kandydatów na RZN, RZZ i RDD)<br>Data weryfikacji .....                                                                                                                                                                     | TAK NIE |
| 3.   | Jest zdolny/zdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050);<br>Data zaświadczenia lekarskiego ..... | TAK NIE |
| 4.   | Jest zdolny/zdolna do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone opinią o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wystawioną przez psychologa;<br>Data wydania opinii .....                                                                                                                       | TAK NIE |

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 (data i podpis osoby weryfikującej)

