

SAMOCENA REALIZACJI ZADAŃ RODZINY ZASTĘPCZEJ

DANE RODZINY ZASTĘPCZEJ:

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES ZAMIESZKANIA.....

TELEFON, E- MAIL.....

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/DZIECI PRZEBYWAJĄCYCH W RODZINIE ZASTĘPCZEJ :

.....

.....

.....

Traktowanie dziecka w sposób sprzyjający poczuciu godności i wartości osobowej:

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Czy opiekunowie akceptują dziecko bez względu na jego zachowania? | TAK | NIE |
| 2. Czy opiekunowie kształtują u dziecka poczucie odpowiedzialności (odpowiednio do możliwości)? | TAK | NIE |
| 3. Czy opiekunowie uczą dziecko umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji (odpowiednio do możliwości)? | TAK | NIE |
| 4. Czy opiekunowie ustalili i egzekwują formę zwracania się dziecka do nich? | TAK | NIE |
| 5. Czy opiekunowie ustalili i egzekwują zasady higieny osobistej i obowiązki dziecka w zakresie przestrzegania tej higieny na co dzień? | TAK | NIE |
| 6. Czy opiekunowie ustalili i egzekwują dietę dziecka i pory spożywania posiłków? | TAK | NIE |
| 7. Czy opiekunowie ustalili i egzekwują obowiązki dziecka w codziennych pracach domowych? | TAK | NIE |
| 8. Czy opiekunowie ustalili i egzekwują pory oglądania TV i zabawy przy komputerze (czas i zasady korzystania)? | TAK | NIE |

Zapewnienie dostępu do przysługujących świadczeń zdrowotnych:

1. Dane lekarza rodzinnego:

.....

.....

2. Kiedy ostatni raz było u lekarza?

.....

.....

3. Czy dziecko ma ubezpieczenie zdrowotne? **TAK** **NIE**

4. Czy opiekunowie informują rodzinę biologiczną o stanie zdrowia dziecka? **TAK** **NIE**

5. Czy wykonywane są zalecane szczepienia? **TAK** **NIE**

Czy jest potrzeba leczenia specjalistycznego?

.....
.....

6. Jeśli tak, to jakiego?

.....
.....

7. Kiedy ostatni raz dziecko było u specjalisty?

.....

8. Czy realizowane są zalecenia specjalisty? **TAK** **NIE**

9. Czy dziecko korzysta ze sprzętu ortopedycznego lub innego? **TAK** **NIE**

10. Kiedy ostatni raz była wymiana sprzętu lub jego przegląd?

.....

11. Kto jest uprawniony do dostępu do dokumentacji medycznej i do decydowania w sprawach medycznych?

.....
.....

Zapewnienie kształcenia, wyrównywania braków rozwojowych i szkolnych:

1. Szkoła i klasa do której dziecko/dzieci uczęszcza:

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

2. Dane wychowawcy:

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

3. Dane pedagoga:

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

4. Czy dziecko ma nieobecności w szkole? **TAK** **NIE**

.....
.....

5. Czy opiekunowie wiedzą o wszystkich nieobecnościach dziecka? **TAK** **NIE**

- | | | |
|--|------------|------------|
| 6. Czy opiekunowie uczestniczą w wywiadówkach i zebraniach szkolnych? | TAK | NIE |
| 7. Czy opiekunowie poświęcają czas na wspólną naukę z dzieckiem? | TAK | NIE |
| 8. Czy opiekunowie odprowadzają dziecko na zajęcia szkolne i pozalekcyjne? | TAK | NIE |

.....

9. Czy dziecko jest skierowane na zajęcia wyrównawcze?	TAK	NIE
--	------------	------------

.....

.....

10. Czy systematycznie na nie uczęszcza?	TAK	NIE
--	------------	------------

.....

.....

11. Czy dziecko korzysta z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej?	TAK	NIE
---	------------	------------

.....

.....

12. Czy realizowane są wskazania poradni?	TAK	NIE
---	------------	------------

W jaki sposób?

.....

Zapewnienie rozwoju uzdolnień i zainteresowań:

1. Czy dziecko uczęszcza na zajęcia pozaszkolne?	TAK	NIE
--	------------	------------

Jeśli tak, jakie?

.....

2. Czy dziecko uczęszcza na zajęcia pozalekcyjne?	TAK	NIE
---	------------	------------

Jeśli tak, jakie?

.....

3. Czy dziecko ma uzdolnienia artystyczne?	TAK	NIE
--	------------	------------

Jeśli tak, jakie?

.....

4. Jakie są zainteresowania dziecka?
--------------------------------------	-------	-------

.....

.....

- | | | |
|---|------------|------------|
| 5. Czy opiekunowie rozwijają zainteresowania dziecka przez wspólne spędzanie czasu? | TAK | NIE |
| | | |
| 6. Czy opiekunowie są otwarci na pytania jakie zadaje im dziecko? | TAK | NIE |
| 7. Czy dziecko bierze udział w pokazach zdolności? | TAK | NIE |
| 8. Czy dziecko bierze udział w imprezach kulturalnych i lokalnych? | TAK | NIE |

Zapewnienie ochrony przed arbitralną lub bezprawną ingerencją w życie prywatne dziecka:

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. W jaki sposób opiekunowie dyscyplinują dziecko? | | |
| | | |
| | | |
| 2. Czy opiekunowie stosują kary cielesne? | TAK | NIE |
| | | |
| | | |
| 3. Czy opiekunowie naruszają prywatność dziecka? | TAK | NIE |
| Jeśli tak, w jaki sposób? | | |
| | | |
| 4. Czy opiekunowie czytają prywatne wiadomości do dziecka (listy, SMS, e-mail)? | TAK | NIE |
| 5. Czy opiekunowie szanują prawo dziecka do kontaktów z rodziną biologiczną? | TAK | NIE |
| | | |
| | | |
| 6. Czy opiekunowie reagują na nieprzestrzeganie lub ograniczanie praw dziecka? | TAK | NIE |
| 7. Czy opiekunowie zgłaszają naruszenie prywatności dziecka koordynatorowi pieczy zastępczej? | TAK | NIE |

Zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, bytowych, rozwojowych, społecznych i religijnych dziecka:

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Czy opiekunowie poświęcają czas na rozmowę z dzieckiem? | TAK | NIE |
| 2. Czy w rodzinie obchodzi się ważne uroczystości dziecka? | TAK | NIE |
| 3. Czy dziecko otrzymuje prezenty? | TAK | NIE |
| Jaki prezent otrzymało ostatnio dziecko? | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 4. Czy w weekendy opiekunowie spędzają czas z dzieckiem? | TAK | NIE |
| 5. Czy dziecko spożywa posiłki razem z rodziną? | TAK | NIE |
| 6. Czy warunki mieszkaniowe w jakich przebywa dziecko zagrażają jego bezpieczeństwu? | TAK | NIE |

- | | | |
|---|------------|------------|
| 7. Czy dziecko ma ustalony czas na zabawę i obowiązki? | TAK | NIE |
| 8. Czy opiekunowie zapewniają dziecku odzież i obuwie? | TAK | NIE |
| 9. Czy opiekunowie zapewniają miejsce do przechowywania odzieży, książek, zabawek i innych prywatnych przedmiotów dziecka? | TAK | NIE |
| 10. Czy opiekunowie zapewniają dziecku odpowiednie miejsce do spania? | TAK | NIE |
| 11. Czy dziecko ma zapewnione odpowiednie miejsce do odrabiania lekcji? | TAK | NIE |
| 12. Czy dziecko otrzymuje pieniądze na drobne wydatki? | TAK | NIE |
|
 | | |
| 13. Czy dziecko ma obowiązki domowe? | TAK | NIE |
| Jeśli tak, jakie? | | |
| | | |
| 14. Czy dziecko uczęszcza do kina/teatru/na imprezy sportowe? | TAK | NIE |
| 15. Czy dziecko utrzymuje kontakty towarzyskie z rówieśnikami? | TAK | NIE |
| 16. Czy opiekunowie umożliwiają dziecku posiadanie lub gromadzenie ulubionych przedmiotów, zabawek, fotografii rodzinnych i prywatnych przedmiotów? | TAK | NIE |
| 17. W jakiej religii wychowywane jest dziecko? | | |
| | | |
| 18. Czy dziecko uczęszcza na religię/etykę w szkole? | TAK | NIE |
| 19. Czy opiekunowie umożliwiają dziecku odbywanie praktyk religijnych? | TAK | NIE |

Umożliwianie kontaktów z rodzicami i innymi osobami bliskimi:

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Czy dziecko utrzymuje kontakty z matką? | TAK | NIE |
| Jeśli nie, dlaczego? | | |
| | | |
| | | |
| Jeśli tak, w jakiej formie (np. urlopowanie, telefonicznie)? | | |
| | | |
| | | |
| 2. Czy dziecko utrzymuje kontakty z ojcem? | TAK | NIE |
| Jeśli nie, dlaczego? | | |
| | | |
| | | |
| Jeśli tak, w jakiej formie (np. urlopowanie, telefonicznie)? | | |
| | | |
| | | |

3. Jakie są zasady spotkań dziecka z rodziną biologiczną:
- Kto odwozi/przywozi dziecko ze spotkań?
 - Jak dokonywane są zmiany terminów spotkania?
 - Kto ustala, co dziecko może zabrać na spotkanie?
 - Czy rodzice biologiczni wyrazili zgodę na obciążenie dziecka obowiązkami? **TAK** **NIE**
4. Czy dziecko utrzymuje kontakty z innymi członkami rodziny? **TAK** **NIE**
 Jeśli nie, dlaczego?
5. Czy dziecko utrzymuje kontakty z rodzeństwem? **TAK** **NIE**
 Jeśli nie, dlaczego?
6. Czy dziecko chętnie uczestniczy w spotkaniach z rodziną? **TAK** **NIE**

7. Czy opiekunowie utrzymują kontakt z rodziną biologiczną dziecka? **TAK** **NIE**

8. Czy opiekunowie starają się podtrzymywać kontakty dziecka z rodziną biologiczną? **TAK** **NIE**

.....
 Data i podpis osoby wypełniającej formularz

Proszę o zwrot formularza samooceny do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach w formie papierowej na adres: ul. Szkolna 2, 72-010 Police lub w formie elektronicznej na adres email: daniel.mielniczuk@pcpr.police.pl