

## Zarządzenie nr 40/2016

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
z dnia 30 grudnia 2016 roku

---

w sprawie:

wprowadzenia zasad świadczenia asysty rodzinnej w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie we Włocławku

Na podstawie § 7 ust. 4 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku nadanego Uchwałą Nr X/69/2015 Rady Miasta Włocławek z dnia 31 sierpnia 2015 r. w sprawie nadania Statutu Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie we Włocławku zmienioną Uchwałą Nr XVII/30/2016 Rady Miasta Włocławek z dnia 21 marca 2016,

zarządzam, co następuje:

§ 1. Wprowadzam „Zasady świadczenia asysty rodzinnej w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie we Włocławku” stanowiące załącznik nr 1 niniejszego Zarządzenia.

§ 2. Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierzam Zastępcy Dyrektora Kierownikowi Działu Pomocy Środowiskowej

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
*Piotr Grudziński*

Nie wnoszę zastrzeżeń  
pod względem prawnym  
RADCA PRAWNY  
*Piotr Rzepka*

**ZASADY ŚWIADCZENIA ASYSTY RODZINNEJ  
W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY RODZINIE WE WŁOCŁAWKU**

**§ 1.**

1. Sekcja Asysty Rodzinnej udziela wsparcia w sposób określony „Zasadami świadczenia asysty rodzinnej w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie we Włocławku” (zwanym dalej „Zasadami”), o ile przepisy szczególne nie stanowią inaczej.
2. Asystent rodziny w ramach obowiązków służbowych współpracuje z jednostkami organizacyjnymi Ośrodka, z Zespołem Interdyscyplinarnym i Grupami Roboczymi oraz z innymi instytucjami w zakresie niezbędnym dla realizacji zadań Sekcji Asysty Rodzinnej.

**§ 2.**

1. Wsparcie rodziny, która wyraziła zgodę na współpracę z asystentem rodziny lub jeżeli obowiązek ten wynika z orzeczenia sądowego, odbywa się w oparciu o poszanowanie godności jej członków i w oparciu o ideę samostanowienia rodziny.
2. Asystent rodziny i pracownik socjalny, którzy wspierają rodzinę współpracują ze sobą w oparciu o zasadę partnerstwa, wzajemnej wymiany informacji i nakierowania działań na wspieranie i usamodzielnianie rodziny.

**§ 3.**

1. Pracownik socjalny, po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego i dokonaniu analizy sytuacji, określa zakres wsparcia dla rodziny na formularzu Karta rodziny stanowiącym Załącznik nr 1 Zasad.
2. Jeżeli obowiązek współpracy z asystentem rodziny wynika z orzeczenia sądowego, pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy w terminie określonym w przepisach o pomocy społecznej. W proponowanym zakresie wsparcia pracownik socjalny uwzględnia aspekty wskazane przez Sąd.
3. Dokumenty z wnioskiem o przydzielenie asystenta rodziny pracownik socjalny kieruje do Sekcji Asysty Rodzinnej.



#### § 4.

1. W przypadku wystąpienia ograniczeń kadrowo – organizacyjnych uniemożliwiających skierowanie asystenta do pracy z rodziną, Sekcja Asysty Rodzinnej niezwłocznie zawiadamia o tym fakcie komórkę, z której wpłynął wniosek.
2. Skierowanie asystenta do pracy z rodziną odbywa się w drodze pisemnego skierowania sporządzanego przez kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej.
3. Warunkiem rozpoczęcia asysty rodzinnej jest wyrażenie zgody przez pełnoletnich członków wspieranej rodziny w obecności pracownika socjalnego lub asystenta rodziny na formularzu Zgoda na współpracę z asystentem rodziny, stanowiącym Załącznik nr 2 Zasad.
4. Opracowanie planu pracy następuje we współpracy z rodziną i w konsultacji z pracownikiem socjalnym lub z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej w przypadku pracy z rodziną, której dziecko umieszczono w pieczy zastępczej w terminie do 2 miesięcy od wyrażenia przez członków rodziny zgody na współpracę. Plan pracy jest sporządzany na formularzu stanowiącym Załącznik nr 4 Zasad.
5. Działania asystenta rodziny są dokumentowane na formularzu Karta współpracy z rodziną, stanowiącym Załącznik nr 3 Zasad.
6. Asystent rodziny nie rzadziej niż co dwa miesiące przedstawia pracownikowi socjalnemu wspierającemu rodzinę, a w przypadku pracy z rodziną, której dziecko umieszczono w pieczy zastępczej koordynatorowi rodzinnej pieczy zastępczej, Raport ze współpracy z rodziną, sporządzony na formularzu stanowiącym Załącznik nr 5 Zasad.
7. Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić podokonaniu oceny Zespołu Pomocy Rodzinie (zwanego dalej „Zespołem”), gdy:
  - a) ustaną lub nie będą istniały przesłanki uzasadniające dalsze wspieranie,
  - b) sąd uchyli wydane orzeczenie
  - c) rodzina zrezygnuje z tej formy wsparcia lub nie podejmie faktycznej współpracy.
8. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania rodziny poza teren miasta Włocławek, do zakończenia współpracy nie jest wymagana ocena Zespołu.
9. Brak współpracy ze strony rodziny wymaga szczególnej analizy i określenia jaka inna forma pomocy może być rodzinie zaoferowana oraz, czy istnieje konieczność zawiadomienia sądu opiekuńczego o zaistniałej sytuacji.

#### § 5.

1. Zespół ma charakter doraźny i zbiera się w zależności od potrzeb.



1. Zespół ma charakter doraźny i zbiera się w zależności od potrzeb.
2. Powołanie Zespołu należy do kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej, który ustala jego skład w oparciu o prowadzoną dokumentację rodziny.
3. Skład Zespołu tworzą co najmniej trzy osoby. W skład Zespołu mogą wchodzić:
  - asystent rodziny,
  - pracownik socjalny wspierający rodzinę,
  - koordynator rodzinnej pieczy zastępczej,
  - osoby reprezentujące Instytucje zaangażowane we wsparcie rodziny, w szczególności sąd opiekuńczy, Zespół Interdyscyplinarny oraz przedstawiciele placówek opiekuńczo – wychowawczych.
4. Posiedzenie Zespołu zwołuje wyznaczony przez kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej przewodniczący Zespołu.
5. Na posiedzenie Zespołu mogą być zaproszeni przedstawiciele wspieranej rodziny.
6. Zespół dokonuje oceny dotychczas podjętych na rzecz rodziny działań i jej zaangażowania w proces zmiany, analizuje sytuację i w razie ich niewystarczającej skuteczności, wskazuje możliwe kierunki dalszej pracy, modyfikując plan pracy z rodziną.
7. Z posiedzeń Zespołu sporządzany jest protokół, który jest przekazywany do właściwych Sekcji i Instytucji.

## § 6.

1. Sekcja Asysty Rodzinnej dokumentuje wspieranie rodziny w oparciu o dokumenty, stanowiące Załącznikiod 1 do 6 niniejszych Zasad.
2. Kierownik Sekcji Asysty Rodzinnej przedstawia Dyrektorowi Okresową ocenę sytuacji rodziny, sporządzoną na formularzu stanowiącym Załącznik nr 6 Zasad, w terminach ustawowych. Ocena jest przechowywana w dokumentacji prowadzonej w sprawie asysty rodzinnej.

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Wrocławku  
*Piotr Grudziński*

Nie wnoszę zastrzeżeń  
pod względem prawnym  
RADCA PRAWNY  
*Piotr Rzepka*

## KARTA RODZINY

Cel wspierania asystenturą: \_\_\_\_\_

Objęta pomocą społeczną od: \_\_\_\_\_

### WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCY (także osoby nieprowadzące wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu ustawy)

1. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

2. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

3. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

4. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

5. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

6. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

7. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	STAN ZDROWIA PRZYCHODNIA LEKARSKA	DOCHODY I ŹRÓDŁO
DATA URODZENIA		UWAGI		
RELACJA/ST.CYW.				
PRACA/NAUKA				
WYCH./KURATOR				

<b>SYTUACJA MIESZKANIOWA</b> (ilość izb, właściciel, koszty, zadłużenie, dodatki finansowe)	
--	--

### OSOBA WAŻNA/BEZPIECZNA DLA DZIECKA/DZIECI

NAZWISKO, IMIĘ, ADRES		NR TELEFONU
DATA URODZENIA		UWAGI
RELACJA/ST.CYW.		
PRACA/NAUKA		

SYTUACJA RODZINY Z PERSPEKTYWY JEJ CZŁONKÓW I OCZEKIWANIA RODZINY (rodzice, dzieci, inni wspólnie zamieszkujący)

---

---

---

**CECHY RODZINY WPŁYWAJĄCE NA OSIĄGANIE CELU WSPIERANIA**

Słabe strony

---

---

Mocne strony

---

---

**CECHY OTOCZENIA WPŁYWAJĄCE NA OSIĄGANIE CELU WSPIERANIA**

Szanse

---

---

Zagrożenia

---

---

**DOTYCHCZAS PROWADZONE FORMY/METODY PRACY Z RODZINĄ I ICH REZULTATY**

---

---

---

---

---

---

---

---

**PLANOWANE DZIAŁANIA METODYCZNE** (inne, niż asystentura)

---

---

**PROPONOWANY ZAKRES WSPARCIA** (proszę opisać w poszczególnych sferach)

**OBSZARSOCJALNY** (sytuacja materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, formalno – prawna)

---

---

---

---

---

---

---

---

**SFERA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO** (rodzic, dziecko, uczeń oraz relacje międzyludzkie i prezentowane postawy rodzicielskie)

---

---

---

---

---

---

---

---

**SFERAAKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ**

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Podpis pracownika socjalnego \_\_\_\_\_

## ZGODA NA WSPÓŁPRACĘ Z ASYSTENTEM RODZINY

Szanowni Państwo.

Pracownik socjalny zaproponował Państwu wsparcie w formie współpracy z asystentem rodziny. To szczególna forma pomocy społecznej, która odbywa się za Waszą zgodą.

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej stanowi (art. 8 ust. 3): *Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem, z uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.*

Szczególny jest zakres współpracy asystenta rodziny. Zgodnie z art. 15 ust. 1 tej ustawy obejmuje między innymi:

1. Opracowanie i realizację planu pracy, czyli określenia co, kiedy i jak zostanie zrobione.
2. Udzielanie pomocy w zdobywaniu umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego,
3. Pomaganie w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych, wychowawczych z dziećmi,
4. Wspieranie aktywności społecznej i motywowanie do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
5. Udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej,
6. Motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, kształtujących prawidłowe wzorce rodzicielskie i umiejętności psychospołeczne,
7. Udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych,
8. Działania interwencyjne i zaradcze w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin,
9. Prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci,
10. Kontaktowanie się w sprawach rodziny i poszczególnych jej członków z instytucjami zewnętrznymi, np. ze służbą zdrowia, sądem opiekuńczym, poradnią psychologiczno – pedagogiczną, ze szkołami.

To szerokie wsparcie ma na celu pomoc dla Rodziny, a jednocześnie może stanowić głębokie ingerowanie w życie jej członków; proszę jednak pamiętać, że asystent rodziny jest fachowcem od pomagania i uczyni wszystko, aby nie naruszać Waszej godności osobistej, a w szczególności kierować się zasadami zachowania tajemnicy służbowej.

### **Wyrażam zgodę na podjęcie współpracy z asystentem rodziny**

*(zgodą osób pełnoletnich; wypełniają członkowie rodziny)*

LP.	NAZWISKO I IMIĘ	DATA, PODPIS
1.		
2.		
3.		
4.		

**Zgoda członków rodziny została przyjęta przez:**

---

*(data, pieczęć, podpis)*

Asystent rodziny \_\_\_\_\_

## KARTA WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ

NAZWISKO \_\_\_\_\_

ADRES \_\_\_\_\_

MIESIĄC I ROK \_\_\_\_\_

DATA	CZAS POŚWIĘCONY RODZINIE <small>od – do / łącznie</small>	PODJĘTE DZIAŁANIA OPIS SYTUACJI ZASTANEJ	PODPIS <small>Osoby pełnoletniej bądź przedstawiciela instytucji</small>

DATA	<b>CZAS POŚWIĘCONY RODZINIE</b> <small>od – do / łącznie</small>	<b>PODJĘTE DZIAŁANIA OPIS SYTUACJI ZASTANEJ</b>	<b>PODPIS</b> <small>Osoby pełnoletniej bądź przedstawiciela instytucji</small>

Data: \_\_\_\_\_ Podpis asystenta rodziny \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Podpis Kierownika Sekcji \_\_\_\_\_

PLAN PRACY Z RODZINĄ/MODYFIKACJA  
DATA OPRACOWANIA/MODYFIKACJI

CEL GŁÓWNY (zgodny z celem wspierania)

CELE SZCZEGÓŁOWE

OBSZAR SOCJALNY

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

OBSZAR FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

**OBSZARAKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ**

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

CEL:			
DZIAŁANIA:	TERMIN	PRZEWIDYWANE EFEKTY	OS. ODPOWIEDZIALNA

**KONSULTACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO**

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_ Podpis pracownika socjalnego \_\_\_\_\_

**AKCEPTACJA CZŁONKÓW RODZINY** (wszystkich pełnoletnich, zgodnie ze Zgodą na współpracę)**PROPOZYCJE ZMIAN:**

---

---

---

---

LP.	NAZWISKO I IMIĘ	DATA, PODPIS
1.		
2.		
3.		
4.		

Data: \_\_\_\_\_ Podpis asystenta rodziny \_\_\_\_\_

RAPORT ZE WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ

ZA OKRES

CEL GŁÓWNY (zgodny z celem wspierania)

CELE SZCZEGÓŁOWE (proszę omówić działania w poszczególnych obszarach, zgodnie z planem pracy z rodziną)

DATA	DZIAŁANIA	WYKONANO TAK/NIE UWAGI	PODPIS

Data \_\_\_\_\_

Podpis asystenta rodziny \_\_\_\_\_

OTRZYMAŁEM/AM

Data \_\_\_\_\_

Podpis pracownika socjalnego/koordynatora \_\_\_\_\_

**OKRESOWA OCENA SYTUACJI RODZINY**

ZA OKRES \_\_\_\_\_

CEL GŁÓWNY (zgodny z celem wspierania) \_\_\_\_\_

Opis działań podjętych/niepodejmowanych przez rodzinę w poszczególnych obszarach; co zostało zrobione, co wymaga dalszego wspierania, w jakim zakresie, sugestie

**OBSZAR SOCJALNY**(sytuacja materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, formalno – prawna)

1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ 6 \_\_\_\_ 7 \_\_\_\_ 8 \_\_\_\_ 9 \_\_\_\_ 10\*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSZAR FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO**(rodzic, dziecko, uczeń oraz relacje międzyludzkie, postawy rodzicielskie)

1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ 6 \_\_\_\_ 7 \_\_\_\_ 8 \_\_\_\_ 9 \_\_\_\_ 10\*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSZAR AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ**

1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ 6 \_\_\_\_ 7 \_\_\_\_ 8 \_\_\_\_ 9 \_\_\_\_ 10\*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Podpis asystenta rodziny \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Podpis Dyrektora/osoby upoważnionej \_\_\_\_\_

\* Ocena na skali: 1 – obszar funkcjonowania rodziny uległ poprawie w niewielkim stopniu; 10 – rodzina nie wymaga wspierania