

# Zarządzenie nr 33 /2017

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
z dnia 26 października 2017 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 (Uchwała Nr X/69/2015 Rady Miasta Włocławek z dnia 31 sierpnia 2015 r., zmieniona Uchwałą Nr XVII/30/2016 z dnia 21 marca 2016 r. oraz Uchwałą Nr XXVII/157/2016 z dnia 28 grudnia 2016 r.)

zarządza się, co następuje:

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

§ 2. Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się Zastępcy Dyrektora ds. Pomocy Środowiskowej.

§ 3. Traci moc Zarządzenie nr 40/2016 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie wprowadzenia zasad świadczenia asysty rodzinnej w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie we Włocławku.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 2 listopada 2017 r. i podlega podaniu do publicznej wiadomości, poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku.

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
*Piotr Cudziński*

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” (zwanych 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 i wnioskuje o przydzielenie asystenta rodziny na formularzu Wniosek o przydzielenie asystenta 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. Kierownik Osiedlowej Sekcji Pomocy Społecznej kieruje Wniosek o przydzielenie asystenta rodziny wraz z wywiadem środowiskowym i innymi właściwymi w sprawie dokumentami do Dyrektora MOPR za pośrednictwem kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej.

#### § 4.

1. Warunkiem rozpoczęcia asysty rodzinnej jest wyrażenie zgody przez pełnoletnich członków wspieranej rodziny na formularzu Zgoda na współpracę z asystentem rodziny, stanowiącym Załącznik nr 2 Zasad.  
Zgoda, o której mowa jest przyjmowana przez pracownika socjalnego.
2. Skierowanie asystenta do pracy z rodziną odbywa się w drodze pisemnego skierowania sporządzanego przez kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej.
3. Opracowanie planu pracy następuje we współpracy z rodziną, w oparciu o proponowany przez pracownika socjalnego lub koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej, w przypadku pracy z rodziną, której dziecko umieszczono w pieczy zastępczej, zakres wsparcia terminie do 2 miesięcy od pierwszej wizyty asystenta rodziny w środowisku. Plan pracy jest sporządzany na formularzu stanowiącym Załącznik nr 4 Zasad.
4. Działania asystenta rodziny są dokumentowane na formularzu Karta współpracy z rodziną, stanowiącym Załącznik nr 3 Zasad.
5. 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 lub wychowawcy dziecka przebywającego w placówce, Raport ze współpracy z rodziną, sporządzony na formularzu stanowiącym Załącznik nr 5 Zasad. W przypadku braku możliwości przedłożenia raportu pracownikowi socjalnemu lub koordynatorowi rodzinnej pieczy zastępczej, raport przedkłada się jego bezpośredniemu przełożonemu.
6. Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić po dokonaniu 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.
7. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania rodziny poza teren miasta Włocławek, do zakończenia współpracy nie jest wymagana ocena Zespołu.
8. 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.
2. Powołanie Zespołu należy do kierownika Sekcji Asysty Rodzinnej, który ustala jego skład w oparciu o prowadzoną dokumentację rodziny oraz wyznacza Przewodniczącego Zespołu.
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. Na posiedzenie Zespołu mogą być zaproszeni przedstawiciele wspieranej rodziny.
5. 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.
6. Posiedzenia Zespołu są protokołowane na formularzu Protokół z posiedzenia Zespołu Pomocy Rodzinie, stanowiącym Załącznik nr 7 Zasad. Protokół jest przekazywany do właściwych Sekcji i Instytucji zaangażowanych w pracę ze wspieraną rodziną.

## § 6.

1. Sekcja Asysty Rodzinnej dokumentuje wspieranie rodziny w oparciu o dokumenty, stanowiące Załączniki od 1 do 7 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.
3. 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.

Nie wnoszę zastrzeżeń  
pod względem prawnym

RAJCA PRAWNY  
*Piotr Rzepka*

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Wrocławiu

*Piotr Grudziński*

### WNIOSEK O PRZYDZIELENIE ASYSTENTA RODZINY

Dane osoby, z którą przeprowadzono wywiad \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. NAZWISKO, IMIĘ		NR TELEFONU	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/MOGĄCA ZAPEWNIĆ BEZPIECZEŃSTWO DZIECKU/DZIECIOM

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)

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

SFERA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ

---

---

---

---

---

**Wnioskuje o przydzielenie asystenta rodziny**

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

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

**Przydzielam asystenta rodziny**

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

Podpis Dyrektora MOPR \_\_\_\_\_

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
w Krakowie  
*Piotr Grudziński*

## 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, w tym również wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym na potrzeby tej współpracy.**

*(zgoda osób pełnoletnich; wypełniają członkowie rodziny)*

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

**Zgoda członków rodziny została przyjęta przez:**

\_\_\_\_\_

(data, pieczęć, podpis)

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
  
Piotr Grudziński

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

## KARTA WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ

NAZWISKO \_\_\_\_\_

ADRES \_\_\_\_\_

MIESIĄC I ROK \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
*Piotr Grudziński*

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**

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

**OBSZAR AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ**

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

<b>CEL:</b>			
<b>DZIAŁANIA:</b>	<b>TERMIN</b>	<b>PRZEWIDYWANE EFEKTY</b>	<b>OS. ODPOWIEDZIALNA</b>

# 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 \_\_\_\_\_

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Wrocławiu  
*Piotr Grudziński*

RAPORT ZE WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ \_\_\_\_\_

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

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

REALIZACJA CELÓW SZCZEGÓŁOWYCH (proszę opisać działania w poszczególnych obszarach, zgodnie z planem pracy)

DATA	DZIAŁANIA	WYKONANO TAK/NIE UWAGI	PODPIS

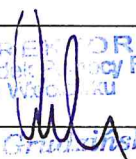
Data \_\_\_\_\_

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

OTRZYMAŁEM/AM

Data \_\_\_\_\_

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

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
  
Piotr Graczyński

**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** (uczestniczenie w rynku pracy, w działaniach społecznych itp.)

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

**DYREKTOR**  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  


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

**PROTOKÓŁ**  
**z posiedzenia Zespołu Pomocy Rodzinie**  
**w dniu \_\_\_\_\_ r.**

MOPR.PS.A.000. \_\_\_\_ . 2017

Na posiedzeniu Zespołu obecne osoby według listy obecności (załączona do dokumentacji):

1. \_\_\_\_\_ - przewodniczący Zespołu
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Przedmiotem analizy była sytuacja rodziny \_\_\_\_\_,  
wspieranej asystenturą od dnia \_\_\_\_\_.

Cel posiedzenia Zespołu:

---

---

Uczestnicy Zespołu przekazali poniższe informacje:

---

---

---

---

---

---

Dokonane ustalenia, złożone wnioski/stanowiska, podjęte deklaracje działań na rzecz rodziny:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(podpis przewodniczącego Zespołu)

Przekazano do wiadomości:

1. a/a
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku  
  
Piotr Grudziński