

Zarządzenie nr 32/2020

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
we Włocławku
z dnia 1 września 2020 roku

w sprawie:

wzorów dokumentacji prowadzonej w Specjalistycznym Ośrodku Wsparcia dla Ofiar Przemocy w 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., zmienionego Uchwałą Nr XVII/30/2016 Rady Miasta Włocławek z dnia 21 marca 2016 r. oraz Uchwałą Nr XXVII/157/2016 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 grudnia 2016 r.

zarządza się, co następuje:

§ 1. Wprowadza się wzory dokumentacji prowadzonej w Specjalistycznym Ośrodku Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku:


- 1) Wniosku o korzystanie z usług Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącego załącznik Nr 1 do niniejszego Zarządzenia;
- 2) Zgody rodzica / opiekuna prawnego na udział dziecka w oddziaływaniach terapeutycznych, psychologicznych, pedagogicznych i socjoterapeutycznych świadczonych w Specjalistycznym Ośrodku Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącej załącznik Nr 2 do niniejszego Zarządzenia;
- 3) Karty przyjęcia do Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku i wstępnej oceny sytuacji osoby /rodziny – stanowiącej załącznik Nr 3 do niniejszego Zarządzenia;
- 4) Diagnozy sytuacji rodziny i dziecka korzystających z pomocy Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącej załącznik Nr 4 do niniejszego Zarządzenia;
- 5) Karty współpracy z osobą korzystającą z usług Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącej załącznik Nr 5 do niniejszego Zarządzenia;
- 6) Indywidualnego planu pomocy rodzinie / osobie korzystającej z pomocy Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącego załącznik Nr 6 do niniejszego Zarządzenia;
- 7) Ewidencji wyjść mieszkańców Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku – stanowiącej załącznik Nr 7 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2. Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierza się Kierownikowi Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Radca Prawny

Ewa Sidniewska

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku

Piotr Grudziński

Włocławek, dnia _____

Nr sprawy: _____

Dane personalne:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Data urodzenia: _____

Pesel: _____

**WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG
SPECJALISTYCZNEGO OŚRODKA WSPARCIA DLA OFIAR PRZEMOCY
W RODZINIE WE WŁOCŁAWKU**

W związku z doświadczaniem przemocy w rodzinie zwracam się z prośbą o możliwość skorzystania z usług Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku. Proszę o zapewnienie dla mnie niżej wymienionych usług (właściwe zaznaczyć X):

- Całodobowe schronienie dla ofiary przemocy i członków jej rodziny,
- Korzystanie z poradnictwa specjalistycznego w Ośrodku,
- Uczestnictwo w grupie wsparcia lub grupie terapeutycznej dla ofiar przemocy w rodzinie.

Proszę o zapewnienie specjalistycznego wsparcia dla moich dzieci:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym Regulaminem Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie i zobowiązuje się do jego przestrzegania oraz dopilnuję jego przestrzegania przez dzieci będące pod moją opieką.

Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że w przypadku rezygnacji z pobytu w SOW zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie w sposób osobisty bądź telefoniczny. W przypadku braku informacji jestem świadoma/y, że z uwagi na bezpieczeństwo moje oraz dzieci obowiązkiem pracowników Specjalistycznego Ośrodka będzie poinformowanie odpowiednich służb o moim niestawiennictwie.

Podpis wnioskodawcy

Podpis pracownika SOW

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku

Piotr Grudziński



Włocławek, dnia _____

Nr sprawy: _____

ZGODA
RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ DZIECKA
W ODDZIAŁYWANIACH TERAPEUTYCZNYCH, PSYCHOLOGICZNYCH,
PEDAGOGICZNYCH I SOCJOTERAPEUTYCZNYCH
ŚWIADCZONYCH W SPECJALISTYCZNYM OŚRODKU WSPARCIA
DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE WE WŁOCŁAWKU

Dane dziecka (imię, nazwisko, pesel):

Dane rodzica /opiekuna prawnego dziecka (imię, nazwisko):

1. Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w indywidualnych grupowych oddziaływaniach terapeutycznych, psychologicznych, pedagogicznych, socjoterapeutycznych oferowanych przez Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku.
2. Zostałem(am) poinformowany(na), że mam prawo ustalić ze specjalistą zakres wsparcia, tj. metody pracy terapeutycznej, psychologicznej, pedagogicznej, socjoterapeutycznej dla mojego dziecka.
3. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej oddziaływań u mojego dziecka/podopiecznego.

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem(am) uważnie i zrozumiałem(am) treści zawarte w niniejszym formularzu. Oświadczam również, iż rozumiem cel zaproponowanych oddziaływań terapeutycznych, psychologicznych, pedagogicznych, socjoterapeutycznych.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Podpis dziecka

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodziny
we Włocławku
Piotr Grudziński

Włocławek, dnia _____

Nr sprawy: _____

**KARTA PRZYJĘCIA DO SPECJALISTYCZNEGO OŚRODKA WSPARCIA
DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE WE WŁOCŁAWKU
I WSTĘPNEJ OCENY SYTUACJI OSOBY/RODZINY**

Dane osoby korzystającej z usług SOW:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia: _____

Pesel: _____ Numer i seria dowodu osobistego: _____

Dane dzieci:

Imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia	Pesel i wiek dziecka	Niepełnosprawność/choroby	Przyjmowane leki (nazwa)

Informacje dodatkowe:

1. Źródło utrzymania rodziny: _____

2. Miesięczny dochód rodziny (netto): _____

3. Wykształcenie: _____

4. Zatrudnienie: _____

5. Stan zdrowia (niepełnosprawność/choroby): _____

6. Przyjmowane leki (jakie?): _____

7. Uzależnienia (jakie?): _____

8. Nadzór/dozór kuratora sądowego: _____
9. Karalność: _____
10. Wcześniejszy pobyt w ośrodkach wsparcia: _____

Podpis pracownika SOW

Opinia dotycząca przyjęcia osoby/rodziny na pobyt w Specjalistycznym Ośrodku

Przyjmuję Panią/Pana _____
wraz z _____

do Specjalistycznego Ośrodka Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włocławku.

Ustalam czas pobytu od _____ **do** _____

Podpis Kierownika

Przedłużam czas pobytu Pani/Pana _____

wraz z _____

od _____ **do** _____

Uzasadnienie:

Podpis Kierownika

Data i podpis osoby uzupełniającej

UWAGI:

Akceptacja Kierownika:

Podpis Kierownika SOW

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku
Piotr Grudziński

**KARTA WSPÓŁPRACY Z OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ Z USŁUG
SPECJALISTYCZNEGO OŚRODKA WSPARCIA DLA OFIAR PRZEMOCY
WE WŁOCŁAWKU**

Nr sprawy: _____

Dane członka rodziny:

Data	Rodzaj udzielonego wsparcia	Opis podjętego działania/udzielonego wsparcia	Podpis osoby udzielającej pomocy

Data	Rodzaj udzielonego wsparcia	Opis podjętego działania/udzielonego wsparcia	Podpis osoby udzielającej pomocy

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Wrocławku
Piotr Górnalski

Włocławek, dnia _____

Nr sprawy _____

**INDYWIDUALNY PLAN POMOCY RODZINIE/OSOBIE
KORZYSTAJACEJ Z POMOCY SPECJALISTYCZNEGO OŚRODKA
WSPARCIA DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE WE WŁOCŁAWKU**

Nazwisko i imię osoby: _____

Cel główny:

Cele szczegółowe:

Obszar socjalny			
Działanie:	Termin realizacji:	Przewidywane efekty:	Data i podpis osoby odpowiedzialnej/ pracownika SOW:
Cel:			
Cel:			
Cel:			

Obszar funkcjonowania zawodowego i prawnego

Działania:	Termin realizacja:	Przewidywane efekty:	Data i podpis osoby odpowiedzialnej/ pracownika SOW:
Cel: Cel: Cel: Cel:			

Akceptacja osoby korzystającej z usług SOW:

Data i podpis osoby korzystającej z usług SOW

Akceptacja pracowników Specjalistycznego Ośrodka:

Podpis pedagoga

Podpis pracownika socjalnego

Podpis psychologa

Inny specjalista

Akceptacja Kierownika Specjalistycznego Ośrodka:

Data i podpis Kierownika SOW

DYREKTOR
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Wobławku
Piotr Guleński

