|  |
| --- |
| **FORMULARZ KONSULTACJI** Powiatowy Program Rozwoju Pieczy Zastępczej na terenie Powiatu Sępoleńskiego na lata 2015-2017 |
| Imię, nazwisko i funkcja/stanowisko osoby wypełniającej ankietę: |
| Adres i dane kontaktowe /telefon, e-mail/ zgłaszającego uwagi: |
| W przypadku instytucji, zakładu pracy/prosimy wpisać nazwę: |
| **Zgłaszane uwagi i opinie do projektu:** |
| Lp. | Element, którego dotyczy uwaga**\***  | Treść zapisu, której dotyczy uwaga | Uwaga/komentarz, propozycja zmiany lub uzupełnienia | Uzasadnienie uwagi |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

**\*** Proszę wskazać jeden z poniższych:

Cel 1. Praca z rodzinami zagrożonymi odebraniem dziecka, niewydolnymi opiekuńczo-wychowawczo w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem oraz przeciwdziałanie występowaniu dysfunkcji rodziny w zakresie sprawowania funkcji opiekuńczo-wychowawczej;

Cel 2. Stworzenie warunków do skutecznego rozwoju i wsparcia pieczy zastępczej z ukierunkowaniem na formy rodzinne.

Cel 3. Objęcie pomocą i wsparciem rodzin biologicznych dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.

Cel 4. Udzielanie pomocy i wsparcia pełnoletnich wychowanków pieczy zastępczej w procesie ich usamodzielnienia i integracji ze środowiskiem lokalnym.

Formularz konsultacji prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 27.02.2015 r.**

na adres:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Sępólnie Kr. z siedzibą w Więcborku

ul. Starodworcowa 8

89-410 Więcbork

bądź drogą elektroniczną na adres: poczta@pcprwiecbork.pl