



**ANALIZA POTRZEB RODZICÓW/OPIEKUNÓW ZASTĘPCZYCH  
W RAMACH PROJEKTU PN.:  
„WSPARCIE SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ W POWIECIE OLECKIM”**

Projekt konkursowy nr FEWM.09.09-IZ.00-0016/23

Informacje uzyskane dzięki Pana/Pani odpowiedziom posłużą do określenia spersonalizowanych potrzeb uczestnika/czki projektu.

<b>1. Imię i nazwisko</b>			
<b>2. Numer telefonu do kontaktu</b>		<b>e-mail</b>	
<b>3. Typ rodziny zastępczej</b>	<input type="checkbox"/> spokrewniona	<input type="checkbox"/> niezawodowa	<input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> rodzinny dom dziecka
<b>4. Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności?</b>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Czy jest Pan/i osobą pracującą etatowo?</b>	<input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> w systemie dziennym <input type="checkbox"/> w systemie zmianowym <input type="checkbox"/> własna działalność. <input type="checkbox"/> nienormowany czas pracy		<input type="checkbox"/> NIE
<b>6. Proszę określić dni, w których może Pan/i uczestniczyć w zajęciach projektowych</b>	<input type="checkbox"/> wyłącznie dni robocze do 15.00 <input type="checkbox"/> wyłącznie dni robocze po 16.00 <input type="checkbox"/> dni robocze po 16 i weekendy <input type="checkbox"/> wyłącznie weekendy		
<b>7. Spotkanie grupy wsparcia prowadzone w danym dniu nie powinno trwać dłużej niż:</b>	<input type="checkbox"/> do 2 godzin <input type="checkbox"/> do 4 godzin		
<b>8. Spotkanie szkoleniowe prowadzone w danym dniu nie powinno trwać dłużej niż:</b>	<input type="checkbox"/> do 4 godzin <input type="checkbox"/> do 6 godzin <input type="checkbox"/> do 8 godzin		
<b>9. Czy w trakcie uczestniczenia w zajęciach potrzebujesz wsparcia w zakresie opieki na dziećmi/osobami zależnymi?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
w tym liczba dzieci pod opieką w wieku przedszkolnym lub młodszych .....	.....		
w tym liczba dzieci pod opieką w wieku szkolnym .....	.....		
w tym dzieci/osoby z niepełnosprawnością .....	.....		
<b>10. Czy miejsce, w którym będą odbywały się zajęcia szkoleniowe powinny być przystosowane w sposób szczególny do Twoich potrzeb zdrowotnych/ograniczeń ruchowych?</b>	<input type="checkbox"/> TAK ..... ..... <input type="checkbox"/> NIE		

Proszę zaznaczyć z poniższej listy preferowaną przez Panią/Pana form wsparcia (możliwość wielokrotnego wyboru) zaznaczając w wybranej kratce znak X.



<b>Zadanie 1. WSPARCIE SPECJALISTYCZNE PIECZY ZASTĘPCZEJ</b>		
1.1.	Wsparcie pedagogiczne dla rodzin zastępczych i ich podopiecznych	
1.3.	Konsultacje i wsparcie psychologiczne w ramach grupy wsparcia dla rodzin zastępczych	
1.6.	Letnie i zimowe wyjazdy terapeutyczne dla dzieci wraz z rodzicami zastępczymi (np. morze, góry)	
1.7.	Zajęcia i konsultacje ze specjalistami w ramach grupy wsparcia dla rodzin zastępczych np. z psychologiem, prawnikiem, terapeutą itp. Proszę podać aktualną potrzebę w powyższym zakresie: .....	
1.8.	<b>Zajęcia usprawniające dla osób z pieczy zastępczej posiadających orzeczenia o niepełnosprawności, opinie lub zaświadczenie od lekarza (indywidualne zajęcia z fizjoterapeutą)</b> Proszę podać aktualną własną potrzebę w tym zakresie: <input type="checkbox"/> ograniczona ruchowość (spowodowana odczuwaniem bólu, drętwieniem, uczuciem sztywności stawów) <input type="checkbox"/> odczuwanie bólu w obrębie kręgosłupa i stawów <input type="checkbox"/> kontuzja <input type="checkbox"/> lordoza <input type="checkbox"/> uraz w wyniku wypadku <input type="checkbox"/> skolioza <input type="checkbox"/> rwa kulszowa <input type="checkbox"/> dyskopatia <input type="checkbox"/> inna przyczyna .....	
1.9.	Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w PCPR podczas udziału opiekunów w zajęciach grupy wsparcia Proszę podać przewidywaną liczbę dzieci: .....	
1.14.	Zwrot kosztów dojazdu dla rodzin zastępczych na wsparcie organizowane w ramach zadania (wg potrzeb - ryczałt do ceny biletu komunikacji publicznej)	
<b>Zadanie 2. WSPARCIE EDUKACYJNE DZIECI I MŁODZIEŻY Z PIECZY ZASTĘPCZEJ</b>		
2.5.	Zwrot kosztów dla opiekunów za dowóz dzieci na zajęcia wyrównawcze lub kurs języka angielskiego do PCPR	
2.6.	Organizacja wypoczynku dla dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej - wakacyjny lub zimowy obóz językowy	
2.7.	Zorganizowanie imprezy integracyjnej dla dzieci i młodzieży wraz z opiekunami (mikołajki, bal karnawałowy, piknik rodzinny)	
2.8.	Integracyjny spływ kajakowy z ogniskiem	
2.9.	Wyjazd jednodniowy dla dzieci i młodzieży wraz z opiekunami	
<b>Zadanie 3. SZKOLENIA I DORADZTWO DLA KANDYDATÓW NA RODZICÓW ZASTĘPCZYCH/ OPIEKUNÓW ZASTĘPCZYCH</b>		
3.1.	Udzielanie wsparcia pedagogicznego dla rodzin zastępczych	
3.4.	Szkolenie dla spokrewnionych rodzin zastępczych	
3.5.	Szkolenia tematyczne dla funkcjonujących rodzin zastępczych	
3.7.	Koszt organizacji dodatkowych zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci podczas w/w szkoleń	
3.9.	Zwrot kosztów dojazdu na szkolenia dla rodziców z pieczy zastępczej	

.....  
Data i czytelny podpis uczestnika/czki projektu