



## Diagnoza potrzeb uczestnika

### I. Dane uczestnika biorącego udział w projekcie „Rodzina w Centrum 2”.

<b>Imię i Nazwisko</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Wykluczenie społeczne z tytułu następujących przesłanek /jeśli dotyczy/<sup>1</sup></b>	

Korzystam ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020, dalej PO PŻ:

**TAK**

**NIE**

Jeśli zaznaczyłeś/łaś TAK, to jednocześnie:

Oświadczam, że zakres wsparcia o które ubiegam się projekcie *Rodzina w Centrum 2* nie powiela wsparcia, które otrzymałem/am lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

.....  
Miejscowość, data, podpis Uczestnika<sup>2</sup>

**II. Specyfika rodziny/uczestnika (rodzina - pełna, rozbita, zrekonstruowana; ingerencja sądu w wykonywanie władzy rodzicielskiej; toczące się postępowania sądowe; relacje w rodzinie; uzależnienia; przemoc w rodzinie; karalność oraz inne istotne problemy i trudności w rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem występowania trudności opiekuńczo- wychowawczych).**

.....  
.....  
.....  
.....

**III. Ścieżka wsparcia/Plan pomocy rodzinie/ uczestnika biorącego udział w projekcie pn. „Rodzina w Centrum 2”, w tym zaplanowanie wsparcia w formach indywidualnych lub grupowych (wspólne ustalenia uczestnika ze specjalistą ds. wsparcia rodziny i pieczy zastępczej).**

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

<sup>1</sup> W przypadku osób przebywających lub opuszczających pieczę zastępczą należy wskazać przesłanki, których zaistnienie spowodowało umieszczenie ich w pieczy zastępczej.

<sup>2</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej diagnoza powinna zostać podpisana przez osobę sprawującą opiekę.



- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

**IV. Modyfikacja ścieżki wsparcia/Planu pomocy rodzinie/uczestnikowi biorącemu udział w projekcie „Rodzina w Centrum 2”, w tym zaplanowanie wsparcia w formach indywidualnych lub grupowych (wspólne ustalenia uczestnika ze specjalistą ds. wsparcia rodziny i pieczy zastępczej).**

.....

.....

.....

.....

.....

**V Monitorowanie ścieżki wsparcia:**

Data zakończenia zaplanowanej ścieżki wsparcia.....

.....  
Miejscowość, data, podpis Uczestnika<sup>3</sup>

.....  
Miejscowość, data, podpis Specjalisty

<sup>3</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej diagnoza powinna zostać podpisana przez osobę sprawującą opiekę.