**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA**

**DO OBJĘCIA OPIEKĄ U DZIENNEGO OPIEKUNA**

w ramach projektu „Gminne Punkty Opieki Dziennej – wsparcie dla rodziców małego dziecka” współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020 w ramach Działania 8.4 Godzenie życia zawodowego i rodzinnego   
Poddziałanie 8.4.1 Wsparcie zatrudnienia osób pełniących funkcje opiekuńcze.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące rodzica/opiekuna** | | | | | | |
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna |  | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania |  | | | | | |
| Adres zameldowania |  | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy |  | jestem zatrudniony, aktualnie pracuję | | | | |
|  | jestem bezrobotny | | | | |
|  | przebywam obecnie na urlopie macierzyńskim | | | | |
|  | przebywam obecnie na urlopie rodzicielskim | | | | |
|  | przebywam obecnie na urlopie wychowawczym | | | | |
|  | inne | | | | |
| Czy jest Pan/Pani osobą samotnie wychowującą dziecko do lat 3? |  | TAK |  | NIE |  | Odmawiam odpowiedzi |
| Czy korzysta Pan/Pani ze wsparcia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej? |  | TAK |  | NIE |  | Odmawiam odpowiedzi |
| Czy Pana/Pani dziecko do lat 3 należy do rodziny wielodzietnej (powyżej 2 dzieci w rodzinie)? |  | TAK |  | NIE |  | Odmawiam odpowiedzi |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| Związek z Gminą Płużnica |  | Pracuję w gminie Płużnica | | | | |
|  | Uczę się w gminie Płużnica | | | | |
|  | Mieszkam/jestem zameldowany w gminie Płużnica | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące dziecka** | | | | | | |
| Imię i nazwisko dziecka |  | | | | | |
| Wiek dziecka |  | | | | | |
| Czy dziecko jest niepełnosprawne lub wymaga specjalnej opieki? |  | TAK |  | NIE |  | Odmawiam odpowiedzi |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inne informacje o dziecku (stan zdrowia, stosowana dieta, rozwój psychofizyczny):** | |
| Czy dziecko przebywa pod stałą kontrolą poradni specjalistycznej? | |
|  | |
| Alergie? | |
|  | |
| Czy dziecko cierpi na przewlekłe schorzenia?(cukrzyca, astma, inne, o których powinien wiedzieć dzienny opiekun, czy przyjmuje lekarstwa?): | |
|  | |
| Czy dziecko wymaga stosowania specjalnej diety? (jeśli tak, proszę opisać lub dostarczyć opis zalecanej diety) | |
|  | |
| Czy dziecko wymaga dodatkowych czynności i zabiegów opiekuńczych lub pielęgnacyjnych? (jeśli tak, proszę opisać jakich, przez kogo zleconych?) | |
|  | |
| Informacje o rozwoju psychofizycznym (mowa, samodzielność - czy dziecko chodzi?, czy wymaga karmienia?, jak dziecko reaguje na rozłąkę z rodzicami?, ulubione zabawki i zabawy, kontakt z innymi dziećmi) | |
|  | |
| Inne uwagi o dziecku (czy używa smoczka, jak lubi być nazywane, na co szczególnie zwracać uwagę?): | |
|  | |
| **Zobowiązuję się do:** | |
| * przekazywania wszelkich zmian w zakresie podanych informacjach; | |
| * przyprowadzania do dziennego opiekuna tylko dziecka zdrowego; | |
| * współpracy z dziennym opiekunem w zakresie opieki, wychowania i edukacji mojego dziecka | |
| * powiadomienia dziennego opiekuna oraz Gminy Płużnica o rezygnacji z opieki pełnionej przez dziennego opiekuna w formie pisemnej z 1 miesięcznym wyprzedzeniem ze skutkiem na koniec miesiąca. | |
| Oświadczam, że w przypadku przyjęcia mojego dziecka do opieki u dziennego opiekuna dostarczę pisemne upoważnienie dla osób, które będą mogły odebrać dziecko od dziennego opiekuna. | |
| ……………………………….. | ……………………………….. |
| *(miejscowość, data)* | *(podpis opiekuna/rodzica)* |

**Załączniki do formularza:**

1. Oświadczenie o wieku dziecka.
2. Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka lub zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
3. Zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze wsparcia GOPS (jeśli dotyczy).
4. Oświadczenie o wysokości miesięcznych dochodów na osobę w rodzinie.

Załącznik Nr 1

………………………………

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że moje dziecko, ……………………………… jest w przedziale wiekowym   
 (*imię i nazwisko dziecka)*

od 20 tygodnia życia do 3 lat.

…………………………….

*miejscowość, data*

*……………………………..*

*podpis rodzica/opiekuna*

Załącznik Nr 4

………………………………

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że moje miesięczne dochody na osobę w rodzinie mieszczą się w przedziale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | poniżej 700 zł |  | 701 zł - 1000 zł |  | 1001 zł - 1300 zł |  | 1301zł - 1600 zł |  | powyżej 1600 zł |

…………………………….

*miejscowość, data*

*……………………………..*

*podpis rodzica/opiekuna*