

Załącznik nr 1
do Regulaminu
Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego
w Sępólnie Krajeńskim

POROZUMIENIE

Porozumienie o współpracy z Gminnym Zespołem Interdyscyplinarnym w Sępólnie Krajeńskim w ramach działań na rzecz osób, rodzin dotkniętych przemocą

zawarte w dniu pomiędzy:

Burmistrzem Sępólna Krajeńskiego, a

.....,

zwanym dalej Instytucją, reprezentowanym przez

.....

§ 1

Strony niniejszego porozumienia kierując się chęcią efektywnej pomocy osobom mieszkańcom znajdującym się w trudnej sytuacji, zobowiązują się do aktywnego udziału w pracach Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sępólnie Krajeńskim, zwanego dalej Zespołem.

§ 2

Strony zobowiązują się do:

- 1) Przestrzegania Regulaminu Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sępólnie Krajeńskim.
- 2) Zapewnienia udziału przedstawiciela w posiedzeniu Zespołu lub grupy roboczej, zwołanego przez Przewodniczącego Zespołu. Przedstawicielem powinna być osoba, która może podjąć działania na rzecz osoby lub rodziny – ze względu na kompetencje lub rejon, w którym pracuje.
- 3) Podjęcia czynności na rzecz osoby lub rodziny, w ramach kompetencji Instytucji, zgodnie z ustaleniami Zespołu.
- 4) Sprawozdania z czynności wykonywanych na rzecz osoby lub rodziny przed koordynatorem Zespołu, zgodnie z przyjętą dokumentacją.

§ 3

- 1) Prace Zespołu lub grupy roboczej, o których mowa w § 1 koordynuje Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej w Sępólnie Krajeńskim, zwanego dalej OPS.
- 2) Posiedzenia Zespołu lub grupy roboczej organizowane będą w siedzibie OPS.
- 3) Dopuszcza się możliwość organizacji posiedzenia Zespołu lub grupy roboczej w siedzibie innej Instytucji biorącej udział w pracach Zespołu.


§ 4

Porozumienie obowiązuje z dniem podpisania przez Strony.

§ 5

Załącznikiem do porozumienia są: wykaz pracowników instytucji biorących udział w pracach grup roboczych Zespołu oraz Regulamin Organizacyjny Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sępólnie Krajeńskim

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ



Tomasz Cyganek

Kwestionariusz zgłoszeniowy

Instytucja zgłaszająca

Data zgłoszenia

Określenie problemów:

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

Opis sytuacji (skład rodziny, fakty, okoliczności)

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

Przebieg dotychczasowych działań i udzielonej pomocy

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

Proponowany skład zespołu roboczego:

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

Data posiedzenia zespołu roboczego

(wypełnia Przewodniczący Zespołu)

.....
(podpis osoby zgłaszającej sprawę)

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Tomasz Cyganek

Załącznik nr 3
do Regulaminu
Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego
w Sepólnie Krajeńskim

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

1. (uzupełnić: wyrażam /nie wyrażam).....zgodę na podjęcia przez Gminny Zespół Interdyscyplinarny w Sepólnie Krajeńskim działań na rzecz mojej osoby/rodziny.
2. (uzupełnić: wyrażam / nie wyrażam) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do podjęcia działań przez Gminny Zespół Interdyscyplinarny w Sepólnie Krajeńskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz.926).
3. Dla potrzeb pracy Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sepólnie Krajeńskim przekazuję kserokopię następujących dokumentów:

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

.....
(podpis)

PRZEWODNICZĄCA
RADY MIEJSKIEJ



Załącznik nr 4
do Regulaminu
Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego
w Sępólnie Krajeńskim

.....
(miejsowość, data)

.....
(nr sprawy)

Plan działań Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sępólnie Krajeńskim

Instytucja	Działanie	Termin

Zadania dla osoby/rodziny

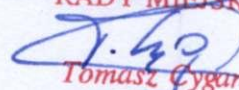
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kolejne spotkanie zespołu roboczego – data

Podpisy uczestników Zespołu roboczego:

1.
2.
3.
4.
5.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ


Tomasz Cyganek

Załącznik nr 5
do Regulaminu
Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego
w Sępólnie Krajeńskim

.....
(miejsowość, data)

.....
(Nr sprawy)

Monitoring działań Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Sępólnie Krajeńskim

Dotyczy
(imię i nazwisko osoby lub przedstawiciela rodziny)

Zadania członków zespołu roboczego

Zrealizowane działania	Czy osoba/rodzina wymaga dalszego wsparcia? TAK/NIE	Dalsze działania	Termin

Dalsze zadania dla osoby/rodziny

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

Kolejne spotkanie zespołu roboczego, data.....

Podpisy uczestników zespołu roboczego:

1.
2.
3.
4.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
