**Sorkwity, dnia 16 lipca 2021 r.**

**............................................. ……………………………………….**

**Pieczęć GOPS w Sorkwitach Imię i nazwisko Uczestnika/czki projektu**

**INFORMACJA**

 **O UTRZYMANIU INSTYTUCJONALNEJ GOTOWOŚCI UTWORZONYCH W PROGRAMIE**

**MIEJSC ŚWIADCZENIA USŁUG WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ**

**DO ŚWIADCZENIA USŁUG SPOŁECZNYCH PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI PROJEKTU**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SORKWITACH JAKO REALIZATOR PROJEKTU „RODZINA RAZEM!” nr RPWM.11.02.03-28-0038/18**

**ZAPRASZA DO BEZPŁATNEGO KORZYSTANIA**

**Z USŁUG WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Informujemy o możliwości skorzystania z bezpłatnych usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej w formie grupowych i indywidualnych konsultacji świadczonych przez specjalistów:

1/Asystent Rodziny

2/ Pedagog

3/ Psycholog

4/Ekonomista

5/Dietetyk

6/Specjalista wiedzy o zdrowiu człowieka

7/Instruktor rekreacji ruchowej

8/ Instruktor umiejętności manualnych

9/Specjalista kreacji wizerunku

10/ Specjalista wolontariatu

11/Animator czasu wolnego

12/Prawnik

13/ Grupa wsparcia

Osoby zainteresowane prosimy o zgłoszenie zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej do pracowników socjalnych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sorkwitach.

Zgłoszenia pisemne będą przyjmowane w terminie od 1.08.2021 r. do 31.08.2021 r. w godzinach urzędowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej świadczone będą w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sorkwitach. Rodzaj i zakres wsparcia zgodny będzie ze zgłoszonymi potrzebami.

Załącznik:

formularz zgłoszenia zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej

OTRZYMAŁEM/AM DNIA……………………….

……………………………………………………

PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJETU/RODZICA/LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

**Formularz zgłoszenia**

**zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej**

Niniejszym zgłaszam zapotrzebowanie na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej w formie usługi społecznej – prosimy o wstawienie znaku „X” przy wybranym specjaliście

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Znak X | Nazwa usługi społecznej | Forma świadczenia usługigrupowa/indywidualna | Liczba osób w rodzinie objętych usługą społeczną | Liczba godzin |
|  | Asystent Rodziny |  |  |  |
|  | Pedagog |  |  |  |
|  | Psycholog |  |  |  |
|  | Ekonomista |  |  |  |
|  | Dietetyk |  |  |  |
|  | Specjalista wiedzy o zdrowiu człowieka |  |  |  |
|  | Instruktor rekreacji ruchowej |  |  |  |
|  | Instruktor umiejętności manualnych |  |  |  |
|  | Specjalista kreacji wizerunku |  |  |  |
|  | Specjalista wolontariatu |  |  |  |
|  | Animator czasu wolnego |  |  |  |
|  | Prawnik |  |  |  |
|  | Grupa wsparcia |  |  |  |

………………………………………………………

Data i podpis osoby zgłaszającej potrzebę