

.....
Imię i Nazwisko

Jordanów, dnia.....

.....
Adres

ZASADY WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM RODZINY

I. ZASADY WSPÓŁPRACY:

1. Asystent Rodziny podejmuje współpracę ze wszystkimi członkami rodziny.
2. Podczas spotkań asystent rodziny oraz wszyscy członkowie rodziny objęci usługą dbają o zapewnienie właściwej atmosfery, klimatu współpracy, aktywnie uczestniczą w dążeniu do realizacji założonych celów. Ponadto ważne jest, aby podczas spotkań była przestrzegana zasada wypowiedania się i zachowania w sposób kulturalny, respektowania praw innych do wyrażania własnych opinii.
3. Spotkania z asystentem odbywają się nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie, w ustalonych wspólnie z rodziną dniach i godzinach a także istnieje możliwość niezapowiedzianej wizyty przez asystenta rodziny. Usługa świadczona jest w miejscu zamieszkania rodziny bądź w miejscu wskazanym przez rodzinę w zależności od jej potrzeb.
4. Zakłada się, że usługa będzie realizowana zgodnie z ustalonym okresem zawartym w **INDYWIDUALNYM PLANIE PRACY Z RODZINĄ**, z możliwością jej przedłużenia w sytuacji zaistnienia takiej potrzeby, za zgodą rodziny.
5. Rodziny przyjmują do wiadomości, że asystent rodziny w trakcie pracy z rodziną współpracuje na jej rzecz z różnymi specjalistami.

II. ASYSTENT KOŃCZY PRACĘ W MOMENCIE GDY NASTAPI:

1. osiągnięcie założonych indywidualnie dla rodziny celów zawartych w - **INDYWIDUALNYM PLANIE PRACY Z RODZINĄ**,
2. zakończenie czasookresu trwania usługi,
3. zerwania współpracy przez rodzinę,
4. rezygnacja rodziny z usług asystenta,
5. istotna sytuacja losowa/szczególina uniemożliwiająca realizację dalszej pracy asystenta.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią niniejszych zasad i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI:

.....
.....
(PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY)

.....
(IMIĘ I NAZWISKO ASYSTENTA RODZINY)