**Együttműködési megállapodás család- és gyermekjóléti szolgáltatás igénybevételéhez**

**EGYÜTTMŰKÖDÉSI MEGÁLLAPODÁS**

Amely létrejött -n, 20 . hó napján, határozott időre, **egy év időtartamra az NM rend. 8. § (5) bekezdése szerint**.

**A megállapodás kötötték:**

***A szolgáltatást igénybe vevő adatai:***

Név: Születési név:

Anyja neve: Születési hely, idő:

Lakóhely: Telefonszám:

A legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő) adatai:

***Az esetkezelést végző családsegítő:***

Név: Címe:

Telefonszáma, egyéb elérhetősége:

Kmf.

kliens családsegítő

**A segítő folyamat lezárásának időpontja:**

Az együttműködési megállapodás egy példányát átvettem.

aláírás

***Tájékoztatás a szolgáltatás elemeiről, tartalmáról, feltételeiről***

***Az elérendő cél érdekében megvalósítandó feladatok***

**A problémák megoldásához a kliens vállalja:**

1. A tájékoztatási kötelezettséget. (Ha a család életében jelentős változás áll elő, vagy a megbeszélt feladatok végrehajtása akadályokba ütközik, egy héten belül köteles tájékoztatni a családgondozót személyesen, vagy telefonon.).

2. Hatósági, intézményi és egyéb szervezetekkel a kapcsolattartást.

3. Együttműködően és aktívan részt vesz a problémák meghatározásában, a célok kitűzésében, a döntéshozatalban és a problémák megoldásában.

4. Egyéb vállalások:

**A probléma megoldásához az esetfelelős vállalja, hogy:**

5. Kliensét a kísérés – támogatás, „képessé tevés” módszereinek alkalmazásával az önálló problémamegoldás képességének elsajátítására ösztönzi.

6. Tájékoztatást ad szociális, családtámogatási, társadalombiztosításai, foglalkoztatással és fogyatékossággal kapcsolatos ellátások formáiról, az ellátáshoz való hozzájutás módjáról.

7. Szociális, életvezetési tanácsadást nyújt.

8. Segítséget nyújt a kliens számára az ügyintézésben.

9. Lehetőség és igény szerint természetbeni juttatásokat közvetít.

10. Rendszeres kapcsolatot tart a klienssel (családlátogatás illetve ügyfélfogadás keretében).

11. Egyéb vállalások:

**Az együttműködés módja, a folyamatba bevonandó szolgáltatók, intézmények:**

**A segítő folyamat várható eredménye:**

Kmf.

kliens családsegítő

**Tájékoztatás az intézmény által vezetett nyilvántartásokról**

Aláírásunkkal igazoljuk, hogy a fenti megállapodás tartalmával egyetértünk, az abban foglaltakat betartjuk, illetve értékelés alapján módosítjuk a vállalt feladatokat.

(név) nyilatkozom, hogy az Almásfüzitői Szociális Alapellátási Intézmény Család –és Gyermekjóléti Szolgálata által biztosított szolgáltatásokról teljes körű felvilágosítást kaptam. Hozzájárulok, hogy az együttműködés során – a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 3. § alapján – adataimat nyilvántartásba vegyék, kezeljék, illetve felhasználják a különböző szolgáltatások és támogatási formák eléréséhez. Továbbá nyilatkozom arról, hogy a jogosultsági feltételekben, valamint a személyazonosító adatokban beállt változásokról haladéktalanul értesítem az illetékes Szolgálatot.

Kmf.

kliens családsegítő”