**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna**

**ul. Piłsudskiego 30 89-600 Chojnice**

**tel. 523344460**

**Заява про прийняття рішення про необхідність надання допомоги**

Iм'я (імена) та прізвище дитини/учня: ………………………………………………………..

....…………………………………………………………………………………………………………

Дата і місце народження дитини/учня: ………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Номер PESEL дитини/учня, а за відсутності номера PESEL - серія та номер документу, що посвідчує його особу: ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

Назва та адреса дитячого садка, школи чи центру (в Польщі): ………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. визначення класу в школі, в якій навчається учень:………………………………………..
2. назва професії - у разі учня навчального закладу, що здійснює професійну підготовку: ………………………………………………………………………………………………………..

Iмена та прізвища батьків дитини/учня: …………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

Адреса проживання батьків в Польщі:…………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Прізвища та імена осіб, які зараз опікуються дитиною/учнем, та ступінь споріднення:……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Адреса проживання опікунів в Польщі: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Адреса для кореспонденції, якщо вона відрізняється від адреси проживання:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Визначення причини та мети, для якої необхідно надати допомогу: ………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Інформація про попередні рішення щодо необхідності отримання спеціальної освіти для дитини/учня в Україні (Висновок про комплексну оцінку з ІРЦ/ Інклюзивно-Ресурсний Центр): …………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Інформація про використовувані методи спілкування – якщо дитина/учень потребує допоміжних або альтернативніх методiв комунікації (AAC - Augmentative and Alternative Communication/ Аугментативна та альтернативна комунікація) або не володіє мовою польською / українською / російською на комунікативному рівні: …………………………….

………………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Адреса електронної пошти та номер телефону заявника, якщо є

Електронна пошта: …………………………………………………………………………………..

Мобільний телефон: ………………………………………………………………………………….

…………………………………………….. ……………………………………………

*місце, дата підпис заявника*

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna**

**Ul. Piłsudskiego 30 89-600 Chojnice**

**tel. 523344460**

**Заява про прийняття рішення про необхідність надання допомоги**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia: ............................

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

Data i miejsce urodzenia dziecka /ucznia: ..........................................

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

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

Pesel numer dziecka/studenta, a w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość: .................................................

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

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub ośrodka (w Polsce): ..........................................

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

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

a) określenie klasy w szkole, w której student studiuje:........................................................

b) nazwa zawodu - w przypadku studenta instytucji edukacyjnej prowadzącej kształcenie zawodowe: .................................

Imię i nazwisko rodziców dziecka/ucznia: ...........................................

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

Adres zamieszkania rodziców w Polsce:..............................................

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

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

Nazwiska i imiona osób, które obecnie opiekują się dzieckiem / studentem oraz stopień pokrewieństwa:.................................

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

Adres zamieszkania opiekunów w Polsce: ...............................................................

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

Adres do korespondencji, jeżeli różni się od adresu zamieszkania:

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

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

Ustalenie przyczyny i celu, dla którego konieczne jest udzielenie pomocy: .............................................

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

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

Informacje o wcześniejszych decyzjach dotyczących konieczności uzyskania specjalnego wykształcenia dla dziecka / studenta na Ukrainie (Wiadomości o kompleksowej ocenie IRC / Inclusive Resource Center): ..............................

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

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

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

Informacja o stosowanych metodach komunikacji – jeśli dziecko/uczeń potrzebuje pomocniczych lub alternatywnych metod komunikacji (AAC - Komunikacja wspomagająca i alternatywna / Komunikacja wspomagająca i alternatywna) lub nie mówi po polsku / ukraińsku / rosyjsku na poziomie komunikatywnym: ............................

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

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

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

Adres e-mail i numer telefonu wnioskodawcy, jeśli taki istnieje

E-mail:...............................................................................................

Telefon komórkowy:..............................................................................................

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

*miejsce, data podpisu wnioskodawcy*