

STAN NOWY JORK  
BIURO DS. DZIECI I USŁUG RODZINNYCH**OŚWIADCZENIE POTENCJALNEGO RODZICA ZASTĘPCZEGO W NAGŁYCH WYPADKACH****Instrukcje:**

**Potencjalny(-i) rodzic(e) zastępczy(e) w nagłych wypadkach:** Prosimy wypełnić, podpisać i opatrzyć datą niniejsze oświadczenie.  
**Opiekun społeczny:** Prosimy podpisać i opatrzyć datą niniejsze oświadczenie.

Ja/my,

\_\_\_\_\_  
POTENCJALNY(-I) RODZIC(E) ZASTĘPCZY(E) W NAGŁYCH WYPADKACHzamieszkały(-li)  
pod adresem:\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ADRES POTENCJALNEGO(-YCH) RODZICA(-ÓW) ZASTĘPCZEGO(-YCH) W NAGŁYCH WYPADKACH

Jestem/jesteśmy,

\_\_\_\_\_  
STOSUNEK DO DZIECKA/DZIECI LUB RODZICA(-ÓW) DZIECKA/DZIECI OBJĘTEGO(-YCH) OPIEKĄ ZASTĘPCZĄ

Z

\_\_\_\_\_  
IMIĘ DZIECKA Z RODZINY ZASTĘPCZEJ\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA URODZENIA\_\_\_\_\_  
IMIĘ DZIECKA Z RODZINY ZASTĘPCZEJ\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA URODZENIA\_\_\_\_\_  
IMIĘ DZIECKA Z RODZINY ZASTĘPCZEJ\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA URODZENIA

Jestem/jesteśmy chętni i w stanie zapewnić opiekę zastępczą dziecku/dzieciom wymienionym powyżej.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Jestem/jesteśmy chętni i w stanie zapewnić opiekę zastępczą dziecku/dzieciom wymienionym powyżej.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Rozumiem(y), że wymienione powyżej dziecko/dzieci znajduje(-ą) się pod opieką prawną komisarza.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Rozumiem(y), że przyjmując odpowiedzialność za zapewnienie opieki zastępczej dziecku/dzieciom wymienionym powyżej, zgadzam(y) się przestrzegać wszystkich wymogów dotyczących opieki zastępczej, w tym między innymi dotyczących ról i uprawnień agencji certyfikującej lub zatwierdzającej i lokalnego wydziału usług społecznych (LDSS) lub administracji usług dla dzieci (ACS).

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Zgadzam(y) się nie stosować kar cielesnych wobec dziecka/dzieci wymienionego(-ych) powyżej.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Ja/my i wszyscy członkowie gospodarstwa domowego w wieku 18 lat lub starsi wyrażamy zgodę na wypełnienie i złożenie w ciągu siedmiu dni od umieszczenia wyżej wymienionego(-ych) dziecka/dzieci w moim/naszym domu formularza sprawdzania bazy danych Centralnego rejestru stanowego (SCR) oraz formularza sprawdzania Listy wykluczeń personelu (SEL) w agencji odpowiedzialnej za moją/naszą certyfikację lub zatwierdzenie.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Ja/my i wszyscy domownicy, którzy ukończyli 18 lat, wyrażają zgodę na pobranie odcisków palców nie później niż dwa tygodnie po umieszczeniu w/w dziecka/dzieci w moim/naszym domu.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

Wyrażam(y) zgodę na przegląd akt agencji w celu ustalenia, czy mam(y) w przeszłości historię nadużycia lub maltretowania.

\_\_\_\_\_  
INICJAŁY

\_\_\_\_\_  
PODPIS POTENCJALNEGO RODZICA ZASTĘPCZEGO W NAGŁYCH WYPADKACH

\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS POTENCJALNEGO RODZICA ZASTĘPCZEGO W NAGŁYCH WYPADKACH

\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS OPIEKUNA SPOŁECZNEGO

\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA