………………….( data)

**REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ W………………………………….**

ZGŁOSZENIE współpracy MODELEM KOOPERACJI

**INSTYTUCJE ZGŁASZAJACE:**

POWIAT ……………………….. lub Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w…… ……………………………………………

Gmina ……………………………lub Ośrodek Pomocy Społecznej w ……………… ………………………………………………

zgłaszają rozpoczęcie współpracy gminno-powiatowej MODELEM KOOPERACJI (podkreślić którym)

**W GMINACH WIEJSKICH ,**

**W GMINACH MIEJSKO-WIEJSKICH**

**DLA MIAST POW 20 TYŚ MIESZKAŃCÓW**

**PODPISY OSÓB ZGŁASZAJACYCH**

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

 /miejscowość, data/ /podpis osoby upoważnionej pcpr lub powiat /

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

 /miejscowość, data/ /podpis osoby upoważnionej ops lub gmina/

**(poniżej nieobowiązkowe)**

**ZGŁASZANIE POTRZEB WSPARCIA PROCESU KOOOPERACJI PRZEZ ROPS:**

Instytucje zgłaszają również potrzebę włączenia Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ………………… w proces zawiązania kooperacji powiatowo-gminnej i współpracy Modelem Kooperacji

Dotąd zostały zrealizowane działania (zgodnie ze schematem MODELU KOOPERACJI) wymienić

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

Niezbędne jest :

* doradztwo pracownika ROPS/MCPS w…………………………………………………………………..…………………..
* szkolenie/-a w zakresie ……………………………………………………………………………………….……………….
* wsparcie w organizacji superwizji………………………………………………………………..…………………..
* udział pracownika, konsultanta, ……….. …………………………z ROPS w (jakich działaniach) …………
* wsparcie (jakie?)………………………………………………………………………………………………………….…………

**OSOBA DO KONTAKTU w gminie, powiecie**

(imię, nazwisko, stanowisko, nr tel., adres e-mail): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Po dokonaniu analizy zgłoszonych niniejszym wnioskiem potrzeb ROPS w …………….. udzieli informacji na temat możliwego wsparcia.**