

**OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(stanowisko)

.....  
(miejsce zatrudnienia)

.....  
(miejscowość, data)

**Wójt Gminy Krzeszów**

**Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałam/em przy realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy domowej, oraz że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym.**

.....  
(podpis)

## UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z zapewnieniem prawidłowej ochrony danych osobowych wynikających z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) upoważniam Panią / Pana:

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

do wykonywania czynności przetwarzania danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych, w związku z pełnieniem obowiązków członka Zespołu Interdyscyplinarnego/ członka grupy diagnostyczno-pomocowej, zgodnie z poleceniami Administratora. Równocześnie zobowiązuję Panią / Pana do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich ochrony, także po zakończeniu pełnienia obowiązków członka Zespołu Interdyscyplinarnego/grupy diagnostyczno-pomocowej.

.....  
(podpis Administratora)

## ZOBOWIĄZANIE

Ja niżej podpisana/y .....  
oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisami wewnętrznymi dotyczącymi przetwarzania danych osobowych.

Zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich ochrony, także po zakończeniu pełnienia obowiązków członka Zespołu Interdyscyplinarnego/grupy diagnostyczno-pomocowej. W przypadku niedopełnienia obowiązków związanych z powierzonym mi przetwarzaniem danych osobowych mogę ponosić odpowiedzialność na podstawie Kodeksu cywilnego oraz ww. przepisów o ochronie danych osobowych.

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej)

także po zakończeniu pełnienia obowiązków członka Zespołu Interdyscyplinarnego/grupy diagnostyczno-pomocowej. W przypadku niedopełnienia obowiązków związanych z powierzonym mi przetwarzaniem danych osobowych mogę ponosić odpowiedzialność na podstawie Kodeksu cywilnego oraz ww. przepisów o ochronie danych osobowych.

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej)

.....  
(data posiedzenia Zespołu Interdyscyplinarnego)

**PROTOKÓŁ NR ..... Z POSIEDZENIA  
ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO W KRZESZOWIE**

W dniu ..... w ..... odbyło się posiedzenie Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie. Posiedzeniu Zespołu przewodniczył/a.....  
W posiedzeniu udział wzięli członkowie Zespołu zgodnie z załączoną listą obecności.  
Na posiedzeniu zatwierdzono protokół Nr ..... z posiedzenia Zespołu Interdyscyplinarnego z dnia .....

**Przebieg posiedzenia Zespołu Interdyscyplinarnego:** (tematyka omawianych spraw, stanowiska w sprawie będące przedmiotem posiedzenia, złożone wnioski itp.)

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

**Zespół Interdyscyplinarny podjął następujące Uchwały, które stanowią załączniki do niniejszego protokołu:**

1. Uchwała nr .... w sprawie ....., za przyjęciem której głosowało ..... członków Zespołu;
2. Uchwała nr .... w sprawie ....., za przyjęciem której głosowało ..... członków Zespołu  
itd.

Zespół podjął decyzję, że kolejne posiedzenie odbędzie się w dniu ....., o czym zostali powiadomieni wszyscy członkowie Zespołu obecni na posiedzeniu.

Na tym posiedzenie Zespołu zostało zakończone.

.....  
(podpis osoby protokolującej)

.....  
(podpis Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego)

Nr sprawy: .....

.....  
(miejsce i data powołania grupy diagnostyczno-pomocowej)

Data wszczęcia procedury NK: .....

### POWOŁANIE GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ

w sprawie .....

zam. ....

Działając na podstawie upoważnienia członków Zespołu Interdyscyplinarnego w  
Gminie Krzeszów powołuję grupę diagnostyczno-pomocową do realizacji procedury  
„Niebieskie Karty” w w/w rodzinie w składzie:

| Lp. | Imię i nazwisko | Nazwa<br>instytucji/podmiotu | Uwagi |
|-----|-----------------|------------------------------|-------|
| 1.  |                 |                              |       |
| 2.  |                 |                              |       |
| 3.  |                 |                              |       |
| 4.  |                 |                              |       |
| 5.  |                 |                              |       |
| 6.  |                 |                              |       |

**Wyjaśnienie** – w rubryce Uzasadnienie wskazujemy przesłanki i powody rozszerzenia składu grupy diagnostyczno-pomocowej.

**RAPORT GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ O PODJĘTYCH  
DZIAŁANIACH I EFEKTACH DZIAŁAŃ**

**za okres .....**

**w sprawie dot.**

**ODP:**

.....  
(imię i nazwisko, adres)

**OSP:**

.....  
(imię i nazwisko, adres)

**I. Podjęte działania :**

| <b>Podjęte działania</b>                                                                                                                    | <b>Wobec osoby dorosłej doznającej przemocy</b> | <b>Wobec osoby stosującej przemoc</b> | <b>Wobec dzieci (lub innych członków rodziny)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Monitorowanie sytuacji w rodzinie poprzez cykliczne wizyty/kontakt telefoniczny:<br>○ pracownik socjalny                                    |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ dzielnicowy                                                                                                                               |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ inni:<br>○ .....<br>○ .....<br>○ .....                                                                                                    |                                                 |                                       |                                                   |
| Wskazanie na możliwość skorzystania z:<br>○ pomocy psychologicznej                                                                          |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ pomocy pedagogicznej                                                                                                                      |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ pomocy prawnej                                                                                                                            |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ poradnictwa rodzinnego                                                                                                                    |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ poradnictwa medycznego                                                                                                                    |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ poradnictwa zawodowego                                                                                                                    |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ inne .....                                                                                                                                |                                                 |                                       |                                                   |
| Skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, do placówki dla osób doznających przemocy domowej: |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Rudniku nad Sanem                                                                                        |                                                 |                                       |                                                   |
| ○ Inne .....                                                                                                                                |                                                 |                                       |                                                   |
| Poinformowanie o warunkach korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej                                                         |                                                 |                                       |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Udzielenie pomocy finansowej                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| Motywowanie do:                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| ○ podjęcia terapii odwykowej                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| ○ utrzymywania abstynencji                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| ○ motywowanie do podjęcia i utrzymywania pracy zarobkowej                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| ○ inne .....                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| Skierowanie wniosku do GKRPA (data wniosku.....)                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| Skierowanie do udziału w:                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| ○ grupie wsparcia dla osób współzależnych                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| ○ grupie samopomocowej                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| ○ programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym dla osób stosujących przemoc                                                                                                                                            |  |  |  |
| ○ inne .....                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| Poinformowanie, że przemoc fizyczna i psychiczna jest przestępstwem, i przedstawienie aspektów odpowiedzialności karnej                                                                                                                      |  |  |  |
| Poinformowanie o możliwości uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| Skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do lekarza w celu uzyskania zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z z użyciem przemocy w rodzinie |  |  |  |
| Skierowanie osoby na konsultację psychiatryczną                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| Zawiadomienie prokuratury (data zawiadomienia.....)                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Powiadomienie sądu rodzinnego o sytuacji dziecka/dzieci<br>(data wniosku.....) przez:                                                                                                                                                        |  |  |  |
| ○ pracownika socjalnego                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| ○ funkcjonariusza policji                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| ○ pedagoga                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| Objęcie dziecka/dzieci pomocą psychologiczno-pedagogiczną:                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| ○ w przedszkolu                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| ○ w szkole                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| ○ w innej placówce.....                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| Objęcie rodziców/opiekunów pomocą psychologiczno-pedagogiczną                                                                                                                                                                                |  |  |  |

## II. Efekty podjętych działań:

- ☐ Objęcie wsparciem psychologicznym
  - osoby dotkniętej przemocą
  - członków rodziny (dzieci)
  - osoby podejrzanej o stosowanie przemocy
- ☐ Objęcie wsparciem pedagogicznym
- ☐ Podjęcie działań prawnych przez osobę doznającą przemocy
  - alimenty
  - rozwód
  - separacja
  - zawiadomienie prokuratury
  - inne.....
- ☐ Uzyskanie pomocy medycznej / zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie lub obdukcji lekarskiej
- ☐ Podjęcie zatrudnienia
- ☐ Poprawa sytuacji materialnej rodziny
- ☐ Utrzymywanie abstynencji
- ☐ Podjęcie leczenia odwykowego
  - w warunkach ambulatoryjnych
  - warunkach stacjonarnych
- ☐ Podjęcie leczenia psychiatrycznego/konsultacja psychiatryczna
- ☐ Nałożenie przez Sąd obowiązku leczenia odwykowego
- ☐ Zaprzestanie stosowania przemocy
- ☐ Poprawa relacji w rodzinie
- ☐ Podniesienie poziomu wiedzy z zakresu:
  - mechanizmów przemocy
  - uzależnienia i współuzależnienia
  - możliwości uzyskania pomocy i wsparcia
  - przeciwdziałania negatywnym zjawiskom życia rodzinnego
  - umiejętności wychowawczych rodziców
  - inne.....
- ☐ Wydanie wyroku skazującego
- ☐ Odmowa wszczęcia postępowania
- ☐ Umorzenie postępowania
- ☐ Postępowanie karne w toku
- ☐ Opuśczenie przez sprawcę wspólnie zajmowanego mieszkania
- ☐ Osadzenie sprawcy w zakładzie karnym
- ☐ Objęcie nadzorem /dozorem kuratora
- ☐ Umieszczenie dzieci w pieczy zastępczej
- ☐ Poprawa funkcjonowania dziecka/dzieci
- ☐ Inne.....

### III. Propozycja dalszych oddziaływań na rodzinę:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(data i podpis pr.socjalnego grupy diagnostyczno-pomocowej)*

### Uwagi przewodniczącej Zespołu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(data i podpis przewodniczącej Zespołu)*

W dniu ..... odbyło się posiedzenie grupy diagnostyczno-pomocowej w składzie:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

[illegible][illegible]

.....

.....

**3. Plan pomocy (działania dla członków grupy diagnostyczno-pomocowej oraz dla osoby/  
osób doznających przemocy domowej)**

| Działanie (terminy) | Osoba odpowiedzialna |
|---------------------|----------------------|
|                     |                      |

KOLEJNE SPOTKANIE GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ ODEJDZIE SIĘ DNIA  
.....PODPISY CZŁONKÓW GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ:

.....

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ

W dniu ..... odbyło się posiedzenie grupy diagnostyczno – pomocowej.

Posiedzenie dotyczyło sprawy rodziny:

.....  
(dane rodziny, adres zamieszkania , wskazanie osoby poszkodowanej oraz osoby stosującej przemoc domową)

Poszerzona diagnoza problemu

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

W trakcie posiedzenia, postanowiono, że członkowie zespołu podejmą następujące działania:

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

Zobowiązano członków rodziny do podjęcia następujących działań:

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

Podpis protokolanta:

.....  
(Podpis Przewodniczącego  
Zespołu Interdyscyplinarnego w  
Krzeszowie)

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**PODPISY UCZESTNIKÓW GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ:**

.....

Kopię protokołu w dniu ..... przekazano do Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie.

Sporządzona w dniu.....przez .....  
(imię i nazwisko)  
stanowisko.....  
podmiot/instytucja.....  
w sprawie .....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

/podpis/

( imiona i nazwiska stron)

3. W okresie od..... do..... wobec osób, które objęte były procedurą podjęto następujące działania:

[illegible]

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

[illegible]

Kopię protokołu w dniu ..... przekazano do Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie.



Uzasadnienie faktyczne (przesłanki uzasadniające odstąpienie od dalszych działań):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków grupy diagnostyczno-pomocowej:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Kopię protokołu w dniu ..... przekazano do Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie.

**PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA GRUPY DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWEJ  
DOTYCZĄCY DZIAŁAŃ MONITORUJĄCYCH PO ZAKOŃCZENIU  
PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY”**

W dniu ..... odbyło się posiedzenie grupy diagnostyczno-pomocowej w składzie:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

w sprawie dotyczącej .....

Procedurę „Niebieskie Karty” dotyczącą w/w osób zakończono w dniu .....

W trakcie działań monitorujących członkowie grupy diagnostyczno-pomocowej podjęli następujące działania: .....

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

W wyniku tych działań dokonano następujących ustaleń: .....

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

Wnioski członków grupy diagnostyczno-pomocowej: .....

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

Podpisy członków grupy diagnostyczno-pomocowej:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Kopię protokołu w dniu ..... przekazano do Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie.

Załącznik nr 14 do Regulaminu  
Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie

.....  
(miejscowość, data)

Sz. P.

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

**Zawiadomienie**

Na podstawie art. 9a ust. 7g ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 poz. 1673) Przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego w Krzeszowie informuje, że Pan/Pani.....  
reprezentujący podmiot/instytucję ..... w Zespole Interdyscyplinarnym w Krzeszowie w okresie od ..... trzykrotnie nie uczestniczył w posiedzeniu Zespołu i nie usprawiedliwił swojej nieobecności.

.....  
(podpis Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego)