……………………………… (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.**