Mẫu số 14

**Tên cơ sở trợ giúp xã hội .................**

**Danh sách trẻ em cần được chuyển hình thức chăm sóc thay thế**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên trẻ em** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Nơi sinh** | **Giới tính** | **Dân tộc** | **Họ và tên cha, mẹ đẻ** | **Tình trạng sức khỏe của trẻ em** | **Hình thức chăm sóc thay thế dự kiến** | **Dự kiến thời gian nhận chăm sóc thay thế** | **Ghi chú**  |
| **CSTT bởi người thân thích** | **CSTT bởi người không thân thích** | **CSTT bởi hình thức nhận con nuôi** |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Người lập danh sách***(Ký, ghi rõ họ và tên)* | **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)* |