

Stalowa Wola dn.....

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Stalowej Woli**

WNIOSEK

O OBJĘCIE KOORDYNACJĄ PRZEZ ASYSTENTA RODZINY

Proszę o objęcie mnie i / lub mojej rodziny koordynacją asystenta rodziny przewidzianą w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. Z 2016r. poz. 1860)

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

Imię..... Nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania: Stalowa Wola ul.....

Dane do kontaktu:

Telefon adres poczty e-mail

Status wnioskodawcy: (zaznaczyć właściwe)*

1) Posiadam dokument potwierdzający ciążę: TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko.

- stopień pokrewieństwa**

2) Jestem rodziną kobiety posiadającej dokument potwierdzający ciążę: TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

3) Jestem rodziną dziecka: (imię i nazwisko dziecka)

data urodzenia dziecka Pesel

- stopień pokrewieństwa**

***) wg art. 3 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” – rodzina oznacza to odpowiednio: małżonków, rodziców dziecka w fazie prenatalnej, rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka, a także pozostające na ich utrzymaniu dzieci.*

II. Zakres wnioskowanej koordynacji (zaznaczyć właściwe)*:

1) Poradnictwo w zakresie przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka

TAK / NIE

2) Wsparcie psychologiczne

TAK / NIE

3) Pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych

TAK / NIE

4) Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej

TAK / NIE

5) Występowania przez asystenta rodziny w moim imieniu i na moje żądanie do określonych przeze mnie podmiotów w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia w zakresie tychże podmiotów

TAK/NIE

Dodatkowe informacje:

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

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że posiadam *)**

○ dokument potwierdzający ciążę , wydany w dniu..... przez
.....

○ zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wydane w dniu, przez

***)zaznaczyć właściwe

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA

Zgodnie z ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodziny „Za życiem” (Dz. U. Z 2016r.poz. 1860) **każda kobieta w ciąży i jej rodzina, rodziny, w których przyjdzie na świat ciężko chore dziecko, kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu, kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych, kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka do domu mają prawo do skorzystania ze wsparcia asystenta rodziny.**

Koordinacja polega na:

- 1) opracowaniu wspólnie z osobami objętymi wsparciem asystenta rodziny, katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;
- 2) występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu osób i na ich żądanie do podmiotów o których mowa w art. 2 ust.2 Ustawy, z wyłączeniem świadczeniodawców określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.

Podmioty o których mowa w art. 2 ust.2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodziny „Za życiem” to: jednostki samorządu terytorialnego, jednostki organizacyjne realizujące wspieranie rodziny o których mowa w ustawie o wsparciu rodziny i pieczy zastępczej lub inne jednostki sektora finansów publicznych lub wykonujące zadania zlecone im przez jednostki sektora finansów publicznych.

Koordinacja wsparcia podejmowana jest przez asystenta rodziny na wniosek osób zainteresowanych złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy kierownika ośrodka pomocy społecznej.

Przyznanie asystenta rodziny jest niezależne od sytuacji materialnej rodziny i nie wymaga przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wsparciu rodziny i pieczy zastępczej.

Wraz z wnioskiem należy przedłożyć do wglądu:

- Dokument potwierdzający ciążę (zaświadczenie takie wydaje lekarz lub położna),
Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko.
- zaświadczenie lekarskie, które potwierdza u dziecka **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu**, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.