

Zabierzów, dnia 2017 r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon

Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Zabierzowie

Wniosek o podjęcie koordynacji wsparcia przez asystenta rodziny

Na podstawie art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r., poz. 1860) niniejszym wnoszę o podjęcie koordynacji wsparcia dla mnie i mojej rodziny przez asystenta rodziny Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zabierzowie.

Skład rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa

Jednocześnie wyjaśniam, że*:

- 1) Posiadam dokument potwierdzający ciążę,
- 2) Jestem członkiem rodziny osoby posiadającej dokument potwierdzający ciążę,
- 3) Jestem członkiem rodziny z dzieckiem posiadającym zaświadczenie lekarskie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Powyższy dokument uprawniający do skorzystania z pomocy podlegającej koordynacji:

- 1) Załączam do niniejszego wniosku
- 2) Zobowiązuję się dostarczyć w terminie dni od dnia złożenia niniejszego wniosku.

Zakres wnioskowanej pomocy podlegającej koordynacji*:

- 1) **Poradnictwo w zakresie przezwycięzania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka;**
- 2) **Poradnictwo w zakresie wsparcia psychologicznego;**
- 3) **Poradnictwo w zakresie pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;**
- 4) **Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.**

* Wybrać właściwe

Upoważniam asystenta rodziny do występowaniu w moim imieniu i w imieniu mojej rodziny, na nasze żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r., poz. 1860), z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia mi i mojej rodzinie skorzystania ze wsparcia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy oraz zgodę na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r., poz. 1860), z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.

Data i podpis wnioskodawcy