

Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora MOPS w Sulejówku
nr OR.021.9.2023 z dnia 04.05.2023 r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sulejówku**

WNIOSEK O OBJĘCIE KOORDYNACJĄ WSPARCIA PRZEZ ASYSTENTA RODZINY

Proszę o objęcie mnie i/lub mojej rodziny koordynacją wsparcia asystenta rodziny przewidzianą w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

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

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na pracę z asystentem rodziny oraz przetwarzanie danych osobowych.
- upoważnienie dla asystenta rodziny do występowania w moim imieniu do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, z wyłączeniem świadczeniodawców – tj. przez jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostki organizacyjne realizujące wspieranie rodziny, o których mowa w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub inne jednostki sektora finansów publicznych, w tym na zasadach, w sposób i w trybie przewidzianym w przepisach odrębnych.

POUCZENIE

Zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” składając wniosek, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca wyraża zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny jego 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, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 8 ust. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w związku z art. 15 ust. 1 pkt 13 a ustawy z dnia 9czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej **wyrażam zgodę na:**

- współpracę z asystentem rodziny,
- przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy.

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....

(data i czytelny podpis rodziny wnioskodawcy)

Załącznik nr 3 do zarządzenia Dyrektora MOPS w Sulejówku
nr OR.021.9.2023 z dnia 04.05.2023 r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

UPOWAŻNIENIE

upoważniam Panią/Pana.....
(dane asystenta rodziny)

do:

występowania w moim imieniu na moje żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia określonego w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Upoważnienie jest ważne na okres

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

Załącznik nr 4 do zarządzenia Dyrektora MOPS w Sulejówku

nr OR.021.9.2023 z dnia 04.05.2023 r.

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....	
Imię i nazwisko rodziny:.....	
Data sporządzenia :.....	
Zasoby własne członków rodziny:.....	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
<input type="checkbox"/> świadczenie 4000 zł.	
<input type="checkbox"/> świadczenie wychowawcze	
<input type="checkbox"/> świadczenie rodzicielskie	
<input type="checkbox"/> świadczenia opiekuńcze	
<input type="checkbox"/> zasiłek rodzinny z dodatkami	
<input type="checkbox"/> świadczenia z pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> diagnostyka prenatalna	
<input type="checkbox"/> dodatkowe wizyty położnej	
<input type="checkbox"/> poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie(III poziom referencyjny)	
<input type="checkbox"/> opieka położnicza nad matką	
<input type="checkbox"/> opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
<input type="checkbox"/> poradnictwo laktacyjne	
<input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> poradnictwo prawne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
<input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza dziecka	
<input type="checkbox"/> opieka wytchnieniowa	
<input type="checkbox"/> opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
<input type="checkbox"/> kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
<input type="checkbox"/> dofinansowanie ze środków PFRON do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
<input type="checkbox"/> Karta Dużej Rodziny	
<input type="checkbox"/> placówki wsparcia dziennego	
<input type="checkbox"/> domy samotnych matek	

