Załącznik nr 1
 do Zarządzenia Nr 9/2022 Dyrektora
 MOPSiWR w Dąbrowie Tarnowskiej
 z dnia 19 stycznia 2022roku

.......................................... Dąbrowa Tarnowska, dnia ......................…

Imię i nazwisko wnioskodawcy

……..………..……………

Pesel
.......................................….
Adres zamieszkania

.......................................….
telefon

 **Kierownik Działu Wsparcia Rodziny**

 **Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**

 **i Wsparcia Rodziny**

 **w** **Dąbrowie Tarnowskiej**

 **ul.** **Kościuszki 15A**

 **33-200 Dąbrowa Tarnowska**

**WNIOSEK O OBJĘCIE KOORDYNACJĄ PRZEZ ASYSTENTA RODZINY**

Działając na podstawie art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1329) zwanej dalej „ustawą,” wnoszę o koordynowanie przez asystenta rodziny wsparcia, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy.

**Oświadczam, że posiadam\***

* Dokument potwierdzający ciążę, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet
w ciąży i rodzin „Za życiem”
* Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie
albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o którym mowa art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży
 i rodzin „Za życiem” .

**Oświadczam, że:**

* jestem członkiem rodziny z dzieckiem posiadającym zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu,
które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o którym mowa
art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

**Wnoszę o koordynowanie wsparcia przez asystenta rodziny w następującym zakresie: \***

* poradnictwa w zakresie przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka;
* wsparcia psychologicznego;
* pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;
* poradnictwa w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

**Wnoszę o objęcie koordynacją następujących członków mojej rodziny /rodziny wnioskodawcy\*:**

Imię i nazwisko ……………………………………………… Pesel ……………………………

Imię i nazwisko ……………………………………………… Pesel ……………………………

Imię i nazwisko ……………………………………………… Pesel ……………………………

Imię i nazwisko ……………………………………………… Pesel ……………………………

**Inne ważne informacje :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zgodnie z art. 8 ust. 7 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”- **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy na przekazywanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”,
z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.**

 ………………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*

………………………………………

 *(podpis osoby przyjmującej wniosek)*

***\* właściwe zakreślić***

**Imię i nazwisko przydzielonego asystenta rodziny**: **………………………………………….**

………………………………………………... …………

 *(data i podpis Kierownika DWR MOPSiWR)*