***Załącznik Nr 1*** *do Procedury organizacji asysty rodzinnej przez MOPS w Stalowej Woli wynikającej z ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz zasady współpracy asystenta rodziny z innymi podmiotami w tym zakresie.*

 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*\*\** ………………………………………………………….

1. 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**

1. Wsparcie psychologiczne

 **TAK / NIE**

1. Pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych **TAK / NIE**
2. Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej

**TAK / NIE**

1. 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 ………………………………………………………………………………….
* inne dokumenty – wskazać jakie:

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

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

(np. orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub odpowiednio **opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształceniu specjalnego** lub orzeczenie
o **potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych**, o których mowa w przepisach ustawy o systemie oświaty)

*\*\*\**)*zaznaczyć właściwe*

 …………………………………………………………

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**I N F O R M A C J A**

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 umarło 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.**

Koordynacja 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 wparciu rodziny i pieczy zastępczej lub inne jednostki sektora finansów publicznych lub wykonujące zadania zlecone im przez jednostki sektora finansów publicznych.

Koordynacja 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 wparciu 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 lub*

* 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 lub
* orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub odpowiednio **opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształceniu specjalnego** lub orzeczenie o **potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych**, o których mowa
w przepisach ustawy o systemie oświaty