

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Wiejska 4
78-400 Szczecinek

DPSIS.
Nr sprawy

WNIOSEK O PRZYDZIELENIE ASYSTENTA RODZINY
w trybie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r.
o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Część I

1. Dane osoby ubiegającej się o wsparcie

Imię		Nazwisko	
PESEL		Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	
Numer telefonu		Adres poczty elektronicznej – e-mail	

2. Wnioskuje o wsparcie asystenta rodziny, o którym mowa w art. 8 ust. 2-7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860 z późn. zm.).

Część II. Załączniki

- Zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub 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.

.....

Część III. Pouczenie

I. Na podstawie art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą rodzina jest uprawniona do poradnictwa w zakresie:

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

Poradnictwo w w/w zakresie przysługuje kobietom posiadającym dokument potwierdzający ciążę, ich rodzinom lub rodzinom z dzieckiem posiadającym zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub 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, **koordynowane jest przez asystenta rodziny**, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Koordinacja polega na:

- 1) **opracowywaniu wspólnie z wnioskodawcą katalogu możliwego wsparcia,**
- 2) **występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu wnioskodawcy** na ich żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostek organizacyjnych realizujących wspieranie rodziny lub innych jednostek sektora finansów publicznych lub wykonujących zadania zlecone im przez jednostki sektora finansów publicznych, w tym na zasadach, w sposób i w trybie przewidzianym w przepisach odrębnych, z wyłączeniem świadczeniodawców, **w celu umożliwienia mu skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.**

II. Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych oraz art. 8 ust. 7 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” **złożenie niniejszego wniosku jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych** przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczecinku, w tym asystenta rodziny niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz **zgodą na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty**, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), jednostki samorządu terytorialnego oraz jednostki organizacyjne realizujące wspieranie rodziny, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 998 z późn. zm.) lub innych jednostek sektora finansów publicznych lub wykonujących zadania zlecone im przez jednostki sektora finansów publicznych, w tym na zasadach, w sposób i w trybie przewidzianym w przepisach odrębnych, z wyłączeniem świadczeniodawców, **informacji o udzielonym wsparciu.**

1. Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się w powyższym pouczeniu.
2. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....
(*miejsce, data i podpis wnioskodawcy*)

Adnotacje urzędowe

--