Załącznik Nr 1

…………………………………….

(imię i nazwisko)

…………………………………….

(PESEL)

…………………………………….

(adres)

…………………………………….

(telefon

Dyrektor

Ośrodka Pomocy Społecznej

w Chorzelach

**Wniosek o objęcie poradnictwem koordynowanym przez asystenta rodziny**

Proszę o objęcie poradnictwem przewidzianym w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r.

o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” zwanej dalej „Ustawą”

1. **Sytuacja wnioskodawcy:**

* 1. Informacja o członkach rodziny:

* 1. Jestem kobietą w ciąży co potwierdzam stosownym zaświadczeniem lekarskim.

* 1. Jestem rodziną kobiety posiadającej dokument potwierdzający ciążę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” tj. mężem, rodzicem dziecka w fazie prenatalnej\*

* 1. Jestem rodziną, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” tj. ojcem, matką, opiekunem faktycznym dziecka/dzieci\* w sytuacji niepowodzenia położniczego w związku z art. 4 pkt 1 ust. 3: data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka…………………………………….

* 1. Jestem rodziną, o której mowa w art. 3 Ustawy tj. matką/ojcem/opiekunem faktycznym\* dziecka/dzieci\*: data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………. data urodzenia dziecka …………………………………PESEL dziecka……………………………………, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie, nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstało w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu potwierdzone stosownym zaświadczeniem lekarskim.

1. **Zakres wnioskowanej koordynacji:**

Poradnictwo w zakresie:

* 1. przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka………………………………
  2. wsparcia psychologicznego ……………………………………………………………………………………….
  3. pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych……………………………………………………………………………………………………………..
  4. dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej…………………………………………………..………………………………….

1. **Oświadczenia w zakresie złożonego wniosku:**

Oświadczam, że:

* 1. zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” jako wnioskodawca wyrażam zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonywania wniosku i zadań określonych Ustawą oraz zgodę na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.
  2. zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi mnie do korzystania z poradnictwa koordynowanego przez asystenta rodziny.
  3. jako matka/ojciec/opiekun faktyczny dziecka dnia ………………………………… złożyłem

do ………………………………………………………………………………………………………… wniosek o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka w wysokości 4 tys. zł. i do wniosku zostało dołączone zaświadczenie lekarskie zgodnie w wymogami ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

* 1. jako matka/ojciec/opiekun faktyczny dziecka ………………………………… nie złożyłem wniosku o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka w wysokości 4 tys. zł. wynikającego z ustawy.
  2. ani ja niżej podpisany, ani inni członkowie rodziny, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”:

□ nie byli objęci dotychczas poradnictwem koordynowanym przez asystenta rodziny przewidzianym w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

□ byli objęci poradnictwem koordynowanym przez asystenta rodziny przewidzianym

* + 1. art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” przez ……………………………………………………………………………………. w okresie od ……………………………………………….. do ………………………………………………………………………

□ dzieci/dziecko nie zostało/zostały umieszczone w systemie pieczy zastępczej ani w domu pomocy społecznej zapewniającej całodobową opiekę.

Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

1. **Do wniosku dołączam następujące dokumenty:**

* 1. □ Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciążę wydane na podstawie wzoru stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką.

* 1. □ Zaświadczenie lekarskie 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,
     1. 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 lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.
  2. ……………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\*Właściwe podkreślić