

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 przewycięzania 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)

\* *właściwie zakreślić*

---

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

.....  
(data i podpis Kierownika DWR MOPSiWR)