

Kierownik  
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Sierakowicach

**WNIOSEK**  
**O OBJĘCIE KOORDYNACJĄ WSPARCIA PRZEZ ASYSTENTA RODZINY**

Proszę o objęcie mnie i / lub mojej rodziny koordynacją wsparcia przez 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);

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

- a) Imię, nazwisko .....
- b) PESEL.....
- c) Adres zamieszkania .....
- d) Telefon kontaktowy .....
- e) email .....

**2. Status Wnioskodawcy:**

- a) Posiadam dokument potwierdzający ciążę: TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*
- b) Jestem rodziną kobiety posiadającej dokument potwierdzający ciążę: TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*
- stopień pokrewieństwa: .....
- c) Jestem rodziną dziecka: ..... ur..... PESEL.....
- stopień pokrewieństwa: .....

**3. Zakres wnioskowanej koordynacji:**

- a) Poradnictwo w zakresie przewycięzania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka: TAK / NIE\*
- b) Wsparcie psychologiczne: TAK / NIE\*
- c) Pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych: TAK / NIE\*
- d) Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej: TAK / NIE\*

**4. Dodatkowe informacje :**

.....

.....

.....

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki: \***

- zaświadczenie 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, 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 lub neonatologii.
- dokument potwierdzający ciążę.

*\*zaznaczyć właściwy*