

Świebodzin, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

Dyrektor
Ośrodka Pomocy Społecznej
Plac Wolności 14
66-200 Świebodzin

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 2016 roku o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (tj. Dz. U. z 2020r. poz. 1329)

.....
(data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 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 2004r. 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.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na pracę z asystentem rodziny oraz przetwarzanie danych osobowych.
- upoważnienie dla asystenta rodziny do występowania w moim imieniu do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust.2 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem".