

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 6/2021 Dyrektora
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Żarach
z dnia 15.02.2021 roku

WZÓR

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres

.....
Adres

.....
Adres

Żary, dnia

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Żarach
ul. Domańskiego 1
68-200 Żary**

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 wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r., poz. 821).

.....
(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 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.
- 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 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”