

**INDYWIDUALNY KATALOG MOŻLIWEGO WSPARCIA
– usługi podstawowe i dodatkowe**

Imię, nazwisko i adres kobiety i/lub członków rodziny:

.....
.....
.

Imię i nazwisko asystenta rodziny:

.....

Data sporządzenia:

.....

Zasoby własne członków rodziny

.....
.....
.....

1. ŚWIADCZENIA I USŁUGI PODSTAWOWE

Rodzaj świadczenia lub usługi	Nazwa, adres i dane kontaktowe	Charakterystyka świadczenia lub usługi
Świadczenie 4000 zł		
Świadczenie wychowawcze		
Świadczenie rodzicielskie		
Świadczenia opiekuńcze		
Zasiłek rodzinny z dodatkami		
Świadczenia z pomocy społecznej		
Diagnostyka prenatalna		
Dodatkowe wizyty położnej		
Poród w szpitalu o najwyższym specjalistycznym poziomie		
Opieka położnicza nad matką		
Opieka neonatologiczna nad		

dzieckiem		
Poradnictwo laktacyjne		
Poradnictwo psychologiczne dla rodziców		
Poradnictwo prawne dla rodziców		
Pomoc w zakupie wyrobów medycznych		
Rehabilitacja lecznicza dziecka		
Opieka wytchnieniowa		
Opieka paliatywna i hospicyjna		
Kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka		
Dofinansowanie ze środków PFRON do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych		
Karta Dużej Rodziny		
Placówki wsparcia dziennego		
Inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe		
Placówki dla dzieci do lat 3 (żłobki, kluby dziecięce)		
Rodziny wspierające		
Domy samotnych matek		
Piecza zastępcza		

2. ŚWIADCZENIA I USŁUGI DODATKOWE

Rodzaj świadczenia lub usługi	Nazwa, adres i dane kontaktowe	Charakterystyka świadczenia lub usługi