

lŹa, dnia r.

Imię
Nazwisko
Adres
.....
Telefon

**Miejsko- Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej w lŹy
ul. Rynek 11
27-100 lŹa**

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 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016r. poz. 1860);

.....
data i podpis

1 .Dane dotyczące Wnioskodawcy:

- a). Imię i nazwisko
- b). Pesel
- c). Adres zamieszkania
- d). Telefon kontaktowy
- e). E-mail
- f). Status wnioskodawcy

2. Sytuacja 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.....

Moje dziecko posiada zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu wydane w dniu
przez

Upoważniam asystenta rodziny do występowania w moim imieniu na moje żądanie, do podmiotów o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016r. poz. 1860), z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia.

.....
data i podpis

Zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016r. poz. 1860), składając wniosek, o którym mowa w ust. 6, jako wnioskodawca **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy oraz zgodę na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.

.....
data i podpis