

Załącznik nr 1.

Ustronie Morskie, dn.

.....
.....

Imię i nazwisko pracownika socjalnego

**Kierownik
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Ustroniu Morskim**

**Wniosek
o przydzielenie asystenta rodziny**

dla rodziny

zam.

UZASADNIENIE

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

.....

Data i podpis pracownika socjalnego

Załącznik nr.2

Ustronie Morskie, dn.

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej po dokonaniu analizy sytuacji rodziny z wniosku pracownika socjalnego, przydzielam rodzinie

zamieszkałej asystenta rodziny

w osobie Pani

począwszy od dnia

.....
(podpis kierownika)

Otrzymują:

1. Rodzina
2. Asystent rodziny
3. Pracownik socjalny

ZGODA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM

nazwisko rodziny	adres zamieszkania
imiona dorosłych członków rodziny	adres do korespondencji

Zgodnie z Art. 8 ust. 3 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.
o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

„Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem,
z uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.”

WYRAŻAMY ZGODĘ *)

NIE WYRAŻAMY ZGODY *)

na
wspieranie naszej RODZINY przez ASYSTENTA RODZINY
w celu przezwyciężania trudności
w wypełnianiu funkcji opiekuńczo - wychowawczych

*) Niepotrzebne skreślić podwójną linią

DATA PODPISANIA DOKUMENTU:

--

PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY

imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	czytelny podpis

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI

imię i nazwisko	stanowisko, numer legitymacji służbowej	czytelny podpis

Ulotka dla rodziny

Kim jest asystent rodziny i co robi?

Asystent rodziny przez pewien czas wspiera rodzinę, aby w przyszłości samodzielnie potrafiła pokonywać trudności życiowe, zwłaszcza dotyczące opieki i wychowania dzieci.

W czasie wspólnych działań z członkami rodziny:

- pomaga odnaleźć to, co w Was dobre, co potraficie i kto oraz gdzie może Wam pomóc,
- doradza jak pielęgnować niemowlę, opiekować się i wychowywać dzieci, żeby były szczęśliwe i słuchały poleceń rodziców,
- pomaga w codziennej organizacji dnia rodziny, znajdowania sposobów spędzania wspólnego czasu rodziny,
- pokazuje jak sprawnie wykonywać obowiązki domowe,
- doradza jak zarządzać pieniędzmi,
- informuje jak działają urzędy, placówki wsparcia rodziny i dziecka,
- wyjaśnia jak wypełniać dokumentację oraz realizować sprawy urzędowe,
- wspiera w kontaktach z pracownikami szkoły, przedszkola, sądu, poradni, przychodni, policji, urzędów i innych instytucji,
- pomaga podnieść kwalifikacje zawodowe i znaleźć pracę,
- chroni dzieci przed niebezpiecznymi zachowaniami dorosłych,

Asystent rodziny spotyka się z rodziną w domu rodziny oraz czasem towarzyszy członkom rodziny do instytucji. Asystent rodziny prowadzi dokumentację, planuje z rodziną, co i jak zrobić oraz pisze sprawozdania z wykonanych działań. Współpracuje z innymi pracownikami różnych instytucji pracującymi z rodziną dla dobra całej rodziny, a przede wszystkim, aby dzieci czuły się dobrze i bezpiecznie w rodzinie.

Asystent Rodziny pomaga tylko w tym, co jest możliwe do osiągnięcia.

Kwestionariusz osobowy dotyczący rodziny i dziecka

I. Podstawowe dane dotyczące rodziny

Nazwisko i imię matki:	Nazwisko i imię męża/partnera/wpisać jeśli zamieszkuje z rodziną
Data urodzenia matki:	Data urodzenia ojca:
Nr telefonu:	Nr telefonu:
Nr dowodu osobistego	Nr dowodu osobistego
Nr PESEL	Nr PESEL
Wykształcenie/Zawód/Miejsce pracy	Wykształcenie/Zawód/Miejsce pracy
Informacje dot. władzy rodzicielskiej/postanowienie Sądu	Informacje dot. władzy rodzicielskiej/postanowienie Sądu
Adres zamieszkania:	
Sytuacja mieszkaniowa:	
Pozostali członkowie rodziny podstawowej wspólnie zamieszkującej:	
1. Nazwisko i imię: stopień pokrewieństwa: data urodzenia: PESEL miejsce pracy/nauki: Jaki jest stan zdrowia dziecka? Jakie ma zainteresowania? Czy dziecko chodziło do przedszkola? Ile czasu dziennie dziecko spędza na nauce w domu? Ile czasu dziennie dziecku zajmują obowiązki domowe?	
2. Nazwisko i imię: stopień pokrewieństwa: data urodzenia: PESEL miejsce pracy/nauki: Jaki jest stan zdrowia dziecka? Jakie ma zainteresowania? Czy dziecko chodziło do przedszkola? Ile czasu dziennie dziecko spędza na nauce w domu? Ile czasu dziennie dziecku zajmują obowiązki domowe?	
3. Nazwisko i imię: stopień pokrewieństwa: data urodzenia: PESEL miejsce pracy/nauki: Jaki jest stan zdrowia dziecka? Jakie ma zainteresowania? Czy dziecko chodziło do przedszkola? Ile czasu dziennie dziecko spędza na nauce w domu? Ile czasu dziennie dziecku zajmują obowiązki domowe?	
4. Nazwisko i imię: stopień pokrewieństwa: data urodzenia: PESEL miejsce pracy/nauki: Jaki jest stan zdrowia dziecka? Jakie ma zainteresowania?	

Czy dziecko chodziło do przedszkola? Ile czasu dziennie dziecko spędza na nauce w domu? Ile czasu dziennie dziecku zajmują obowiązki domowe?
5. Nazwisko i imię: stopień pokrewieństwa: data urodzenia: PESEL miejsce pracy/nauki: Jaki jest stan zdrowia dziecka? Jakie ma zainteresowania? Czy dziecko chodziło do przedszkola? Ile czasu dziennie dziecko spędza na nauce w domu? Ile czasu dziennie dziecku zajmują obowiązki domowe?

Dane kontaktowe osób z otoczenia rodzinnego i sąsiedzkiego mogących udzielić wsparcia:			
Lp.	Nazwisko i imię	Adres/numer telefonu	pokrewieństwo/relacja
1.			
Rodzaj wsparcia:			
2.			
Rodzaj wsparcia:			
3.			
Rodzaj wsparcia:			
4.			
Rodzaj wsparcia:			
5.			
Rodzaj wsparcia:			

Data sporządzenia:

(podpis asystenta rodziny)

Formularz wstępnej oceny rodziny

OPIS SYTUACJI RODZINY

NR ...

DANE CZŁONKÓW RODZINY

(imię i nazwisko)

(adres)

(telefon kontaktowy)

DANE ASYSTENTA RODZINY

(imię i nazwisko)

(telefon kontaktowy)

Data sporządzenia:

- 1. Obraz aktualnej sytuacji z perspektywy członków rodziny.**
(trudności, mocne strony oczekiwania, potrzeby, cele rodziny):

- 2. Informacje o rodzinie zebrane od innych pracowników służb społecznych, cele do osiągnięcia wskazane przez pracowników instytucji.**

- 3. Opis sytuacji rodziny z perspektywy asystenta rodziny.**
(trudności, umiejętności wymagające wzmocnienia, zasoby rodziny, środowiska lokalnego, instytucjonalne):

(podpis asystenta rodziny)

Ustronie Morskie,

Plan pracy asystenta rodziny

..... **z rodziną:**
.....
zam.

Cele, które ma osiągnąć rodzina umożliwiające przezwycięzenie trudnej sytuacji życiowej:

- 1) Cel/cele główne
- 2) Cele szczegółowe
 - a)
 - b)
 - c)

Dla osiągnięcia celów, o których mowa powyżej strony podejmują następujące działania:

1	Pani/ Pan (imię i nazwisko)	W terminie
	Działanie:	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
1	Pani/ Pan (imię i nazwisko)	W terminie

	Działanie:	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
1	Dzieci lub inni członkowie rodziny (imię i nazwisko)	W terminie
	Działanie:	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

2	Asystent rodziny (imię i nazwisko)	W terminie
	Działanie:	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

Przewidywane efekty działań:

- a)
- b)
- c)

.....
Podpis klienta

.....
Podpis i pieczętka asystenta rodziny

Ustronie Morskie, dnia

Protokół ze spotkania Zespołu do spraw asysty rodzinnej

W dniu odbyło się spotkanie Zespołu ds. asysty rodzinnej, w którym wzięło udział dziesięciu członków Zespołu, zgodnie z dołączoną listą obecności, tj:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Podczas spotkania omawiano sytuację rodzin objętych wsparciem asystentów rodziny, analizowano sytuację socjalno-bytową oraz realizację planu pomocy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Protokół zakończono.

Karta pracy asystenta z rodziną i na jej rzecz

Imiona i nazwiska członków rodziny:

Imię i nazwisko asystenta rodziny:

Miesiąc:

Rok:

Data	Miejsce	Opis wykonywanych zadań z rodziną i na jej rzecz	Ilość godzin

.....
Podpis asystenta rodziny

.....
Podpis kierownika GOPS

Formularz oceny okresowej

**OCENA OKRESOWA
PRACY ASYSTENTA RODZINY
Z RODZINĄ**

NR.....

Dane członków rodziny

(imiona, nazwisko, adres członków rodziny)

Dane asystenta rodziny

Data sporządzenia:

1. Opis sytuacji rodziny przed objęciem asystenturą rodziny (lub od ostatniej oceny):

2. Cele współpracy z rodziną:

Cel główny:

Cele szczegółowe:

- 1.
- 2.

3. Zadania wykonane z rodziną i na jej rzecz w okresie oraz osiągnięte efekty:

- 1.
- 2.
- 3.

4. Wnioski i uwagi:

Podpis asystenta rodziny podpis kierownika GOPS.....

Formularz oceny końcowej (zakończenie współpracy)

Ocena końcowa pracy asystenta rodziny

DANE CZŁONKÓW RODZINY

.....
(imiona, nazwisko, adres członków rodziny)

DANE ASYSTENTA RODZINY

.....
(imię, nazwisko, telefon)

Data sporządzenia: 11.03.2022 r.

Przyczyna zakończenia pracy z rodziną:

- Osiągnięte cele,
- Zaprzestanie współpracy przez rodzinę,
- Zmiana formy pomocy – na jaką? Np. praca socjalna, piecza zastępcza, usługi opiekuńcze, kuratela sądowa, inne (jakie?)
- Zmiana miejsca zamieszkania,
- Inne (jakie?) uspokojenie konfliktu między rodzicami.
*właściwe podkreślić

Założone w planie efekty pracy z rodziną	Poziom ich osiągnięcia (wysoki, dobry, dostateczny, mierny, niedostateczny wraz z uzasadnieniem)

Wnioski i uwagi, dotyczące dalszego postępowania wobec rodziny:

Po zakończonej współpracy, wskazany monitoring rodziny w celu udzielenia ewentualnej pomocy w ramach potrzeb zgłaszanych przez rodzinę, wizyta asystenta rodziny lub pracownika socjalnego raz w miesiącu, po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu z rodziną.

.....

(podpis asystenta rodziny)

.....

(podpis kierownika GOPS)

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI DZIAŁAŃ ASYSTENTA RODZINY
OD DNIA DO DNIA W RODZINIE

Asystent rodziny:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

w Ustroniu Morskim

DATA	Opis podjętych działań

.....

(asystent rodziny)

.....

Kierownik GOPS

Ustronie M. , dn.

Dane członka rodziny:
(imiona, nazwisko, adres)

Dane asystenta rodziny:
(imię, nazwisko, adres)

Dotyczy:
(imię, nazwisko, adres)

LISTA KONTROLNA – oznaki zaniedbania i stosowania przemocy wobec dziecka w rodzinie

Lp	Symptomy wskazujące na przemoc/zaniedbanie	Tak	Nie
1	Nieadekwatne ubranie (do pory roku lub pogody)		
2	Niedowaga, niedożywienie, zmęczenie, podkrążone oczy		
3	Brudna odzież		
4	Brudne ciało		
5	Nieprzyjemny zapach/insekty		
6	Brak podręczników i przyborów szkolnych		
7	Kradzieże (jedzenia, przedmiotów)		
8	Przebywanie poza domem w późnych godzinach		
9	Bardzo częste przebywanie poza domem niezależnie od pory roku		
10	Ma dorosłych „kolegów”		
11	Nie ma kolegów wśród rówieśników		
12	Z trudem nawiązuje relacje		
13	Izoluje się od rówieśników		
14	Bije się po twarzy/głowie lub wyrywa sobie włosy		
15	Często ma ślady zadrapań, siniaków		
16	Często odnosi obrażenia (skręcenia, złamania, stłuczenia)		
17	Bije innych		
18	Zawiera przyjaźnie, potem reaguje wrogością		
19	Gwałtownie uchyla się przed dotykiem		
20	Moczy się		
21	Boi się przebywać w zamkniętych pomieszczeniach		
22	Boi się ciemności		
23	Unika zajęć wychowania fizycznego		
24	Unika sytuacji leżakowania w przedszkolu		
25	Nie bierze udziału w wycieczkach		
26	Angażuje się w zachowania destrukcyjne skierowane przeciwko sobie, przedmiotom lub zwierzętom		
27	Miewa nagłe zmiany nastroju (od euforii do agresji)		
28	Prezentuje natrętne, narzucające się zachowania		
29	Nie odwzajemnia emocji		

30	Odrzuca próby nawiązania bliskości		
31	Ma wybuchy wściekłości		
32	Nadmiernie skraca dystans fizyczny		
33	Demonstruje zachowania seksualne		
34	Nie docenia własnych osiągnięć		
35	Ma koszmary nocne		
36	Ma problemy szkolne		

Uwaga: wymienione zachowania należy analizować biorąc pod uwagę całość informacji o rodzinie. Pojedynczych zachowań z listy nie można traktować jako jednoznacznie wskazujących na przemoc lub zaniedbanie.

.....

podpis asystenta rodziny

Załącznik nr 15

Ustronie Morskie, dn.

Imię i nazwisko

Adres

.....

Telefon

E – mail

Kierownik

Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej

w Ustroniu Morskim

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 r. 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 ¹

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

*niepotrzebne skreślić

3) Informacja o członkach rodziny:

Lp	Imię i nazwisko	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	Płeć	PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
1.			K / M*			
2.			K / M*			
3.			K / M*			
4.			K / M*			
5.			K / M*			
6.			K / M*			
7.			K / M*			
8.			K / M*			
9.			K / M*			
10.			K / M*			

*niepotrzebne skreślić

4) Zakres wnioskowanej koordynacji:

- a) Poradnictwo w zakresie przewycięzania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka

TAK / NIE*

Dodatkowe informacje:

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

b) Wsparcie psychologiczne

TAK / NIE*

Dodatkowe informacje:

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

c) Pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych

TAK / NIE*

Dodatkowe informacje:

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

d) Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej

TAK / NIE*

Dodatkowe informacje:

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

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

POUCZENIE

Zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt. 7 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.

***niepotrzebne skreślić**

ZGODA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY RODZINY Z ASYSTENTEM

nazwisko rodziny	adres zamieszkania
imiona dorosłych członków rodziny	adres do korespondencji

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

(Dz. U. Nr 149, poz. 887)

„Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem, z uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.”

WYRAŻAMY ZGODĘ *)

NIE WYRAŻAMY ZGODY *)

*) Niepotrzebne skreślić podwójną linią

DATA PODPISANIA DOKUMENTU:

--

PODPISY DOROSŁYCH CZŁONKÓW RODZINY

imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	czytelny podpis

DOKUMENT PODPISANY ZOSTAŁ W OBECNOŚCI

imię i nazwisko	stanowisko, numer legitymacji służbowej	czytelny podpis

Formularz opisu sytuacji kobiety i/lub rodziny

OPIS SYTUACJI KOBIETY i/ lub RODZINY

NR ...

DANE CZŁONKÓW RODZINY

(imię i nazwisko)

(adres)

(telefon kontaktowy)

DANE ASYSTENTA RODZINY

(imię i nazwisko)

(telefon kontaktowy)

Data sporządzenia:

1. Obraz aktualnej sytuacji z perspektywy członków rodziny.

(trudności, mocne strony oczekiwania, potrzeby, cele rodziny):

2. Opis sytuacji rodziny z perspektywy asystenta rodziny.

(trudności, umiejętności wymagające wzmocnienia, zasoby rodziny, środowiska lokalnego, instytucjonalne):

(podpis asystenta rodziny)

Sprawdź jakie uprawnienia przysługują ci w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Przygotowany informator pomoże ci przygotować się na narodziny także nieuleczalnie chorego dziecka. Dowiesz się, jakie przysługują ci:

- prawa,
- badania,
- rodzaje wsparcia (zdrowotnego i socjalnego).

Gdzie jeszcze uzyskasz informację o uprawnieniach

Potrzebne informacje otrzymasz:

- w przychodni,
- w szpitalu,
- w ośrodkach pomocy społecznej,
- w instytucjach wsparcia rodziny,
- od asystenta rodziny.

Kto może skorzystać z uprawnień:

- każda kobieta, w ciąży i jej rodzina (w zakresie informacji i poradnictwa na temat rozwiązań wspierających rodzinę),
- rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko. Oznacza to:
 - ciężkie i nieodwracalne upośledzenie
albo
 - nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,
- kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu,
- kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych,
- kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu:

- poronienia,
- urodzenia dziecka martwego,
- urodzenia dziecka niezdolnego do życia,
- urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami.

Jak skorzystać z uprawnień

Podstawą do skorzystania z uprawnień jest **zaświadczenie**, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. Zaświadczenie o chorobie, powstałej w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, możesz otrzymać od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego¹, który:

- posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Ponadto, zaświadczenie wydane przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
- specjalistę w dziedzinie pediatrii,

uprawnia **dzieci do 18 r. ż.**² do:

- skorzystania z wyrobów medycznych, na zasadach określonych w ustawie „Za życiem”,
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Pamiętaj też o tym, że **każda kobieta w ciąży** ma prawo do korzystania **poza kolejnością** ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Oznacza to, że:

¹ Lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

² Dzieci u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia,
- jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,
- w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Dokumentem potwierdzającym powyższe uprawnienia **dla kobiet w ciąży** jest:

- zaświadczenie od lekarza potwierdzające ciążę wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość pacjentki.

Ważne: wszystkie kobiety w trakcie ciąży mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co przysługuje kobiecie oczekującej dziecka, dowiesz się z informatora Ministerstwa Zdrowia „Ciąża i Poród”, który dostępny jest na stronie www.mz.gov.pl w zakładce „Zdrowie i profilaktyka” – „Zdrowie matki i dziecka”.

Każda kobieta w ciąży i jej rodzina może skorzystać z pomocy i wsparcia asystenta rodziny

Asystent nie tylko odpowie na wszystkie twoje pytania, ale też na podstawie **pisemnego upoważnienia** będzie mógł załatwiać w twoim imieniu sprawy w różnych instytucjach. Asystent pomoże Ci także rozwiązać problemy opiekuńczo-wychowawcze.

Asystent rodziny:

- udzieli informacji w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny,
- będzie mógł Ciebie reprezentować przed instytucjami i urzędami,
- udzieli wsparcia psychologicznego,
- udzieli pomocy w przewyciężaniu problemów wychowawczych udzieli pomocy prawnej,
- będzie Cię wspierał w realizacji codziennych obowiązków.

Gdzie możesz się zgłosić się po pomoc asystenta rodziny

Asystent rodziny, jest zatrudniony w jednostkach organizacyjnych systemu wspierania rodziny lub w instytucjach pozarządowych działających na zlecenie samorządu gminy.

Przykładowe formy wsparcia oferowane przez asystenta rodziny:

- doradztwo w zakresie form i miejsc wsparcia,
- poradnictwo oferowane kobietom w ciąży i ich rodzinom,
- poradnictwo w zakresie pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem,
- pomoc w codziennej organizacji życia rodziny, planowanie sposobów spędzania wspólnie wolnego czasu,
- nauka sprawnego wykonywania obowiązków domowych,
- doradztwo w zakresie zarządzania budżetem domowym,
- informowanie, jak działają urzędy, placówki wsparcia rodziny i dziecka,
- pomoc w sprawach urzędowych, wspieranie rodziny w kontaktach z pracownikami szkoły, przedszkola, sądu, poradni, przychodni, policji, urzędów i innych instytucji,
- pomoc w zakresie możliwości podniesienia kwalifikacji zawodowych i poszukiwaniu pracy.

Ze wsparcia asystenta rodziny możesz skorzystać w każdej sytuacji, gdy wyrazisz taką wolę. W tym celu należy wystąpić z wnioskiem do gminy.

W przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ustawie „Za życiem” nie jest stosowana procedura wymagająca m.in. przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Z jakich uprawnień możesz skorzystać dodatkowo:

1. Okres okołoporodowy

- **badania**, które wykrywają potencjalne nieprawidłowości w ciąży (diagnostyka prenatalna),
- od 4 do 9 **dodatkowych wizyt położnej** w opiece nad dzieckiem (tzw. wizyty patronażowe) oraz większa ilość wizyt poradnictwa edukacji przedporodowej. Od 21 tygodnia ciąży do rozwiązania, położne przygotowują będą kobiety do porodu

i rodzicielstwa. Edukacja przedporodowa dotyczyć będzie porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa,

- **poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie** (III poziom referencyjny) - zgodnie ze wskazaniami lekarskimi,
- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, zwłaszcza w ciąży powikłanej. Podczas porodu i położu **kobieta** będzie miała zapewnioną **opiekę położniczą**, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, zgodnie ze standardami opieki położniczej nad ciążą i ciążą patologiczną. **Noworodek** będzie mieć zapewnioną **opiekę neonatologiczną**,
- **wsparcie kobiety karmiącej piersią** (poradnictwo laktacyjne), zwłaszcza, jeśli dziecko urodziło się przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub ważyło w chwili porodu poniżej 2500 gramów.

2. Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością

- porady jak pielęgnować i wychowywać dziecko,
- **pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń** opieki zdrowotnej,
- pomoc psychologiczna dla rodziców,
- **rehabilitacja lecznicza**,
- wyroby medyczne, takie jak pieluchomajtki, cewniki, protezy - na podstawie zlecenia upoważnionej osoby,
- **zakup leków poza kolejnością**,
- **opieka nad dzieckiem na czas urlopu** bądź odpoczynku (tzw. opieka wytchnieniowa). Rodzicom oraz opiekunom przysługuje do 120 godzin takiej opieki. Będzie ona zapewniona:
 - w dziennych ośrodkach wsparcia - placówkach całodobowych,
 - w placówkach systemu oświaty (np. szkołach),
 - w ramach umowy z organizacją pozarządową na opiekę nad dzieckiem - również indywidualną,
 - przez udział osoby niepełnosprawnej w różnych formach wypoczynku zorganizowanego,
- opieka poprawiająca jakość życia osób w ostatniej fazie choroby (**opieka paliatywna i hospicyjna** w warunkach domowych lub stacjonarnych),
- kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne,
- inne świadczenia wspierające rodzinę, w tym **pomoc prawna** (prawa rodzicielskie i uprawnienia pracownicze),
- informacje o innych formach wsparcia zawartych w ustawie „Za życiem”.

3. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł

Komu przysługuje

Matce lub ojcu, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeśli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) bez względu na dochód, po wypełnieniu stosownego wniosku oraz podpisaniu zawartych w nim oświadczeń i dołączeniu wymaganych dokumentów.

Wraz z wnioskiem należy przedłożyć:

- zaświadczenie, że matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną najpóźniej od 10 tygodnia ciąży do porodu (zaświadczenie takie wydaje lekarz lub położna),
Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko.
- zaświadczenie lekarskie, które potwierdza u dziecka **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu**, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Przepisy nie określają szczegółowo wzoru takiego zaświadczenia.

Kiedy złożyć wniosek

Złóż wniosek o wypłatę świadczenia **do 12 miesięcy od dnia narodzin żywego dziecka**. Wniosek złożony po tym terminie nie zostanie rozpatrzony.

Gdzie złożyć wniosek

Wniosek należy złożyć w urzędzie miasta/gminy lub ośrodku pomocy społecznej w miejscu zamieszkania. Szczegółowych informacji w tym zakresie udzieli Państwu asystent rodziny.

Jeśli jesteś rodzicem dziecka niepełnosprawnego z orzeczoną niepełnosprawnością

Zwróć się bezpośrednio do realizatorów wsparcia. Są to właściwe ze względu na twoje miejsce zamieszkania:

- centra pomocy rodzinie,
- instytucje wsparcia rodziny,
- ośrodki pomocy rodzinie,
- ośrodki pomocy społecznej.

Ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) możesz uzyskać dofinansowanie:

- do uczestnictwa w **turnusie rehabilitacyjnym**,
 - jest to zorganizowana forma rehabilitacji połączona z wypoczynkiem. Jej celem jest poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników,
 - dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która:
 - ma skierowanie od lekarza prowadzącego,
 - spełnia kryterium dochodowe³,
 - nie spełnia kryterium dochodowego - dofinansowanie jest wtedy pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium. Jeśli osoba niepełnosprawna jest w trudnej sytuacji materialnej lub losowej, dofinansowanie może być przyznane w pełnej wysokości,
- na likwidację **barier**:
 - **architektonicznych** – zlikwidowanie utrudnień w budynku lub mieszkaniu oraz w jego najbliższej okolicy. Może to być np. dostosowanie łazienki dla potrzeb osoby niepełnosprawnej, budowa podjazdu lub windy dla wózkowicza, likwidacja progów czy montaż uchwytów,

³ **Kryterium dochodowe**, tzn. osiągnięcie przeciętnego miesięcznego dochodu, który nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia, przypadającego na osobę żyjącą we wspólnym gospodarstwie domowym (w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych). Dochód dzielony jest przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

- **w komunikowaniu się** – zlikwidowanie ograniczeń, które uniemożliwiają lub utrudniają swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji. Pomoc może polegać np. na zakupie syntezy mowy,
- **technicznych** – zastosowanie przedmiotów lub sprzętów odpowiednich dla osoby niepełnosprawnej. Likwidacja tej bariery ma pomóc sprawnej funkcjonować i działać w społeczeństwie. Dofinansowanie możesz uzyskać, np. na zakup roweru trójkołowego,
- **na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych** - na zlecenie lekarza prowadzącego:
 - sprzęt rehabilitacyjny – wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego,
 - przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego. Są to m.in.: aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoślizgowe, pasy przepuklinowe, aparaty słuchowe, sprzęt stomijny, cewniki, inhalatory, szkła okularowe, pieluchomajtki i inne,
- **na usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**, jeśli uzasadniają to potrzeby wynikające z niepełnosprawności osoby.

Inne świadczenia dla rodziców z dziećmi na utrzymaniu

Jeżeli jesteś Rodziną posiadającą dzieci (w tym dzieci niepełnosprawne), przysługują Ci następujące świadczenia:

- świadczenie wychowawcze „Program Rodzina 500+”,
- zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego,
- świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy,
- dwa rodzaje zapomóg związanych z urodzeniem się dziecka: jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe) oraz zapomoga z tytułu urodzenia dziecka przyznawana według uznania gminy,
- inne świadczenia na rzecz rodziny ustalane przez gminę i finansowane z budżetu gminy,
- świadczenie rodzicielskie,
- dodatek wychowawczy (dla rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka oraz placówek opiekuńczo - wychowawczych typu rodzinnego).

Aby uzyskać powyższe świadczenia musisz złożyć wniosek w **urzędzie miasta/gminy lub ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania**. Informacji w tym zakresie udzieli Państwu także asystent rodziny.

Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń, warunków, kryteriów ich przyznawania i wypłaty znajdują się na stronie internetowej **Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** (zakładka wsparcie dla rodzin z dziećmi) pod adresem:

<http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/>

Jeżeli posiadasz troje lub więcej dzieci możesz skorzystać z Karty Dużej Rodziny (KDR)

KDR tworzy system zniżek handlowych – oferowanych przez instytucje publiczne i firmy – i następujących zniżek ustawowych:

- zniżki na przejazdy kolejowe - 37% na bilety jednorazowe oraz 49% na bilety miesięczne – dla rodziców i małżonków rodziców,
- 50% ulgi opłaty za paszport - dla rodziców i małżonków rodziców i 75% ulgi opłaty za paszport - dzieci,
- darmowe wstępy do parków narodowych dla wszystkich posiadaczy Karty Dużej Rodziny,
- inne deklarowane przez partnerów KDR.

Szczegóły dotyczące przyznawania KDR oraz wykaz partnerów znajduje się na stronie www.rodzina.gov.pl/duza-rodzina

Świadczenia na podstawie ustawy o pomocy społecznej

Pamiętaj, że możesz również skorzystać ze świadczeń pomocy społecznej. Przyznaje je ośrodek pomocy społecznej właściwy dla twojego miejsca zamieszkania. Świadczenie może mieć formę pieniężną lub niepieniężną.

Świadczenia pieniężne:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy,
- specjalny zasiłek celowy.

Świadczenia niepieniężne:

- praca socjalna,
- poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne i rodzinne) dla osób i rodzin, które mają trudności w rozwiązywaniu problemów życiowych lub potrzebują wsparcia,
- usługi opiekuńcze (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna zalecona przez lekarza),
- specjalistyczne usługi opiekuńcze (świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, np. pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów i pedagogów),
- mieszkania chronione,
- ośrodki wsparcia.

Szczegóły dotyczące przyznawania wspomnianych świadczeń znajdziesz na stronie internetowej [Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej](#).

Inne formy wsparcia rodzin z dziećmi

Rodzina wychowująca dzieci może liczyć także na wsparcie:

- placówek wsparcia dziennego,
- rodzin wspierających.

Gdzie się zgłosić po pomoc i wsparcie

Jeżeli chcesz skorzystać z pomocy i wsparcia placówek wsparcia dziennego lub rodziny wspierającej zgłoś się do gminy. Pomoc ta jest nieodpłatana.

W przypadku pilnej konieczności, gdy nie możesz sprawować opieki nad dzieckiem samodzielnie, na wniosek lub za Twoją zgodą, możliwe jest umieszczenie dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej.

Szczegóły dotyczące wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej znajdują się na stronie: www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/opieka-zastepcza-nad-dzieckiem/

Jeżeli posiadasz dzieci w wieku do lat 3 możesz skorzystać z:

- żłobka,
- klubu dziecięcego,
- dziennego opiekuna,
- niani.

Szczegóły dotyczące form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz rejestr instytucji opieki nad dzieckiem do lat 3 znajdują się na stronie: www.zlobki.mpips.gov.pl

Podstawa prawna

- Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz. U z 2016 r., poz.1860);
- Ustawa o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci z dnia 11 lutego 2016 r. (Dz. U z 2016 r. poz. 195, z późn. zm.);
- Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz. U z 2016, poz. 1518, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy osobom uprawnionym do alimentów z dnia 7 września 2018 r. (Dz. U. z 2016, poz. 169, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 575, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U z 2016 r., poz. 157);
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U z 2016 r., poz. 785, z późn.zm).

Gminny katalog możliwego wsparcia

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
<input type="checkbox"/> Świadczenie 4000 zł	
<input type="checkbox"/> Świadczenie wychowawcze	
<input type="checkbox"/> Świadczenie rodzicielskie	
<input type="checkbox"/> Świadczenia opiekuńcze	
<input type="checkbox"/> Zasiłek rodzinny z dodatkami	
<input type="checkbox"/> Świadczenia z pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> Poradnictwo prawne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> Pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
<input type="checkbox"/> Karta Dużej Rodziny	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

.....
Podpis klienta

.....
Podpis i pieczęć asystenta rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
<input type="checkbox"/> Świadczenie 4000 zł	
<input type="checkbox"/> Świadczenie wychowawcze	
<input type="checkbox"/> Świadczenie rodzicielskie	
<input type="checkbox"/> Świadczenia opiekuńcze	
<input type="checkbox"/> Zasiłek rodzinny z dodatkami	
<input type="checkbox"/> Świadczenia z pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna	
<input type="checkbox"/> Dodatkowe wizyty położnej	
<input type="checkbox"/> Poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
<input type="checkbox"/> Opieka położnicza nad matką	
<input type="checkbox"/> Opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
<input type="checkbox"/> Poradnictwo laktacyjne	
<input type="checkbox"/> Poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> Poradnictwo prawne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> Pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
<input type="checkbox"/> Rehabilitacja lecznicza dziecka	
<input type="checkbox"/> Opieka wytchnieniowa	
<input type="checkbox"/> Opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
<input type="checkbox"/> Kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
<input type="checkbox"/> Dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
<input type="checkbox"/> Karta Dużej Rodziny	
<input type="checkbox"/> Placówki wsparcia rodzinnego	
<input type="checkbox"/> Domy samotnych matek	
<input type="checkbox"/> Inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
<input type="checkbox"/> Rodzina wspierająca	
<input type="checkbox"/> Placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
<input type="checkbox"/> Piecza zastępcza	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

