**ZARZĄDZENIE NR 3/2017**

**WÓJTA GMINY DZIERZĄŻNIA**

**z dnia 23 stycznia 2017 roku**

w sprawie upoważnienia pracownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzierzążni do prowadzenia postępowań oraz wydawania decyzji administracyjnych.

Na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych ( Dz. U. z 2016 r. poz. 1518 z późn. zm.) w związku z art. 10 ust. 13 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „ Za życiem”( Dz. U. z 2016 r., poz. 1860) zarządzam co następuje:

§ 1

Upoważniam Panią Bogumiłę Sobczak – pracownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzierzążni do prowadzenia postępowań oraz wydawania decyzji administracyjnych z zakresu ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „ Za życiem”

§ 2

Niniejsze upoważnienie obowiązuje do rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy osoby upoważnionej lub odwołania upoważnienia, które może nastąpić w każdym czasie.

§ 3

Zarządzenie wchodzi z dniem podpisania.

Wójt Gminy Dzierzążnia

mgr inż. Witold Pająk

( imię i nazwisko)………………………………….

( adres)………………………………………………..

Telefon………………………………………………..

Email…………………………………………………..

Kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej

w Dzierzążni

**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 ciązy i rodzin „ Za życiem” ( Dz. U. z 2016 r. poz. 1860) :

1. **Dane dotyczące Wnioskodawcy:**
2. Imię i nazwisko……………………………………………….
3. PESEL………………………………………………………………
4. Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………..
5. Telefon kontaktowy……………………………………………………
6. Email…………………………………………………………….
7. Status wnioskodawcy…………………………………………………………….

*( wg art. 3 ustawy – rodzina oznacza to odpowiednio: małżonków, rodziców dziecka fazie prenatalnej, rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka, a także pozostające na ich utrzymaniu dzieci).*

1. **Sytuacja Wnioskodawcy:**

**Informacja o członkach rodziny:**

1. Posiadam do0kument potwierdzający ciąże ( Zaświadczenie – na podstawie wzoru stanowiącego załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. poz. 1234)
2. Jestem rodziną kobiety posiadającej dokument potwierdzający ciąże:

Stopień pokrewieństwa………………………………………………………………………

1. Jestem rodziną dziecka : …………………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………………….. PESEL ………………………………

Oświadczam, iż dziecko na które jest wnioskowana koordynacja, 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………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………….

( czytelny podpis wnioskodawcy)

**Zakres wnioskowanej koordynacji\* :**

1. Poradnictwo w zakresie przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka TAK/NIE
2. Wsparcie psychologa TAK/NIE
3. Pomoc prawna, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych TAK/NIE
4. Poradnictwo w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej TAK/NIE

Dodatkowe informacje dotyczące wnioskowanej koordynacji.

Zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „ Za życiem” ( Dz. U. z 2016 r. poz. 1860), składający 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 przekazywanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust.2, z wyłączeniem świadczeniodawców , informacji o udzielonym wsparciu.

Upoważniam asystenta rodziny do występowania w moim imieniu, na moje żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust.2, z wyłączeniem świadczeniodawców , w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia.

……………………………………………………

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

**UPOWAŻNIENIE**

Ja ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

( dane wnioskodawcy)

**Upoważniam**

Panią …………………………………………………………………………………………………………………………………….

( dane 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 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „ Za życiem” (Dz. U. z dnia 17 listopada 2016 r. poz. 1860) z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia mi skorzystania ze wsparcia określonego w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „ Za życiem”.

Upoważnienie jest ważne na okres ………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

( data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia)

Jako wnioskodawca, wyrażam zgodę ( zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin” Za życiem” ( Dz. U. z 2016 r. poz. 1860), składając wniosek, o którym mowa w ust. 6 na:

* Przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy
* Zgodę na przekazywanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.

………………………………………………………………………….

( data i czytelny podpis uprawnionego wnioskodawcy)