………………….., dnia ……………. r.

Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. ………………………….

……–………………………

**Wniosek o koordynację poradnictwa przez asystenta rodziny**

……………………………………………………………………………

(*imię i nazwisko*)

……………………………………………………………………………

(*dokładny adres zamieszkania*)

……………………………………………………………………………

(*telefon oraz ewentualne godziny, w których możliwy jest kontakt*)

Na podstawie art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r. poz. 1860) wnoszę o objęcie wsparciem asystenta rodziny w zakresie koordynacji poradnictwa określonego w art. 8 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do objęcia mnie wsparciem asystenta rodziny. W załączeniu przedkładam:

1. …………………………………………………………………..

2. …………………………………………………………………..

3. …………………………………………………………………..

**Pouczenie**

Wnioskodawca wraz z wnioskiem ma obowiązek złożyć:

1) dokument potwierdzający ciążę, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” lub

2) zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

**Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań przez asystenta rodziny oraz wyrażam zgodę na przekazywanie asystentowi rodziny przez podmioty realizujące wsparcie, z wyłączeniem świadczeniobiorców, informacji o udzielonym wsparciu.**

**Podstawa prawna**

Artykuł 8 ust. 7 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”: *Składając wniosek, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca wyraża zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny jego 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.*

 ……………………………………

 ( *podpis osoby składającej*

*wniosek o pomoc*)