Czechowice-Dziedzice, dnia *……………………….*

 …………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………….

*(adres zamieszkania)*

…………………………………………….

**UPOWAŻNIENIE**

Działając na podstawie art. 8 ust. 3 pkt 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U z 2019.473)

**Upoważniam Panią**…………………………… **tj.** **Asystenta rodziny zatrudnionego
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Czechowicach-Dziedzicach, do składania w moim imieniu wniosków do podmiotów realizujących wsparcie,** o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U.2019.473), z wyłączeniem świadczeniodawców, o których mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.473), **w celu umożliwienia mi skorzystania z gwarantowanego powyższą ustawą wsparcia.**

**Upoważnienie obowiązuje od dnia** ……………………………

…………………………………….
 *(data i podpis upoważniającego )*

**P O U C Z E N I E**

**I.** Na podstawie art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin
„Za życiem” (Dz.U.2019.473.), **rodzina jest uprawniona do poradnictwa w zakresie:**

1. **przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka;**
2. **wsparcia psychologicznego;**
3. **pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;**
4. **dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.**

Poradnictwo w ww. zakresie przysługuje kobietom **posiadającym dokument** potwierdzający ciążę, ich rodzinom lub rodzinom z dzieckiem posiadającym zaświadczenie potwierdzające ciężkie
i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu, które powstały
w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, koordynowane jest przez asystenta rodziny, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

**Koordynacja polega na:**

1. opracowaniu wspólnie z osobami objętymi usługą asystenta rodziny katalogu możliwego
do uzyskania wsparcia,
2. występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu osób i na ich żądanie do podmiotów,
o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”,
z wyłączeniem świadczeniodawców określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.

**II.** Zgodnie z art. 8 ust. 7 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” składając wniosek **wnioskodawca wyraża zgodę na przetwarzanie przez asystenta rodziny jego 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 ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.**

**Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższym pouczeniem.**

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**

…………………………………….

 *(Miejscowość, data podpis wnioskodawcy)*

Załącznik do ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. (poz. 1860)

**Załącznik nr 3**

*WZÓR*

**Oświadczenie osoby uprawnionej, o którym mowa w art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r.**

**o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej (Dz. U. poz. 1255 oraz z 2016 r. poz. 1860)**

Ja, niżej podpisany(-na), (imię, nazwisko, adres) ...........................................................................................................................................................……

PESEL .*.................................................................................………………………………………………….*

oświadczam, że z uwagi na:

 świadczenie z pomocy społecznej przyznane na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r.
o pomocy społecznej w okresie 12 miesięcy poprzedzających zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej i niewydanie wobec mnie w tym okresie decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia,

 posiadanie ważnej Karty Dużej Rodziny, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r.
o Karcie Dużej Rodziny,

 posiadanie zaświadczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,

 posiadanie ważnej legitymacji weterana albo legitymacji weterana poszkodowanego, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa,

 nieukończenie 26. roku życia,

 ukończenie 65. roku życia,

 ciążę

jestem uprawniony(-na) do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej, jednakże z uwagi na sytuację kryzysową lub zdarzenie losowe nie jestem w stanie przedstawić dokumentów, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 1–5 i 7 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej.

**Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

*(data i podpis osoby uprawnionej)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………….. ………………………..dnia…… ……. r. *nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4* *ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U.2019.473)* *oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej* *finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)*

|  |
| --- |
| **Nazwisko i imię dziecka**  ……………………………………………………………….**Data urodzenia** ………………………………………………………………………….**Numer PESEL dziecka** (o ile został nadany) □□□□□□□□□□□**zamieszkała(y**)……………………………………………………………………………**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.** |
|  |

 ………………………. Pieczątka i podpis lekarza |