

Zbąszynek, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
adres

Kierownik
Ośrodka Pomocy Społecznej w
Zbąszynku

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 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1923).

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną 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 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na pracę z asystentem rodziny oraz przetwarzanie danych osobowych.
- upoważnienie dla asystenta rodziny do występowania w moim imieniu do podmiotów, o których mowa w ad. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Zbąszynek, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 8 ust. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1923) w związku z art. 15 ust. 1 pkt 13a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 177)

wyrażam zgodę na:

- współpracę z asystentem rodziny,
- przetwarzanie przez asystenta rodziny moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zbąszynek, dnia

UPOWAŻNIENIE

Ja
(dane wnioskodawcy)

upoważniam

Panią / Pana.....
(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” (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1923) z wyłączeniem świadczeniobiorców, 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 osoby udzielającej upoważnienia)

Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 08/2024

Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej

w Zbąszynku

z dnia 04 kwietnia 2024r.

ARKUSZ DIAGNOZY (OCENA SYTUACJI RODZINY)

Dane rodziny współpracującej z asystentem rodziny:

Nazwisko i imię, adres zamieszkania:

1. SYTUACJA RODZINY (ocena asystenta rodziny)

1.1. Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza (czy występują formy ograniczenia władzy rodzicielskiej, czy występują zaniedbania higieniczne, żywieniowe, pielęgnacyjne wobec dzieci, czy rodzice stwarzali/stwarzają sytuacje zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia dzieci, czy dzieci były umieszczone w placówce opiekuńczo —wychowawczej (powody), czy zdarza się, że dzieci pozostają bez opieki lub pod opieką osób, które nie mogą jej sprawować, czy dzieci uczęszczają do placówek edukacyjnych i wychowawczych, czy dzieci mają problemy edukacyjne, rozwojowe, zdrowotne, czy rodzice dbają o zdrowie, edukację i inne potrzeby rozwojowe dzieci, czy rodzice radzą sobie z wychowywaniem dzieci - dyscypliną, wymaganiami, nauką umiejętności życiowych, przygotowaniem do dorosłego życia, czy dzieci sprawiają problemy w domu i poza domem itp. - uzupełnienie w tabeli)

.....

.....

Imię nazwisko dziecka (data urodzenia, wiek)	Warunki mieszkaniowe (określić warunki domowe, miejscodospania, nauki, zagrożenia w najbliższym otoczeniu)	Edukacja (nazwa szkoły, kontakt do pedagoga, częstotliwość kontaktu rodziców ze szkołą, wyniki w nauce, zachowanie w szkole)	Zdrowie (nazwa placówki zdrowia, kontakt do lekarza, pielęgniarki, terminarz szczepień i bilansów, stwierdzone przewlekłe choroby i ich leczenie)	Wsparcie innych organizacji (czy dziecko korzysta z oferty pomocowej, psychologicznej, wychowawczych, fundacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, nazwa i zakres udzielanej pomocy, kontakt)	Władza rodzicielska (forma ograniczenia władzy, kontakt do kuratora, nazwa placówki lub rodziny zastępczej, w której przebywa dziecko)	Inne informacje dotyczące dziecka (dotyczące relacji z rodzicami, członkami rodziny, zagrożenia w środowisku)

- 1.2. **Sytuacja rodzinna** (formalny status rodziny: małżeństwo, konkubinaty, rodzina rekonstruowana, samotne rodzicielstwo, rodzina zastępcza, inne; relacje między rodzicami/opiekunami/partnerami; relacje między rodzicami/opiekunami a dziećmi; relacje pomiędzy rodzeństwem; problemy w funkcjonowaniu rodziny jako systemu: komunikacja, rozwiązywanie konfliktów, wyrażanie emocji, pełnienie ról w rodzinie, inne; problemy psychologiczne poszczególnych członków rodziny, np. wynikające z wychowania w placówce, traumatycznych doświadczeń życiowych, problemów w rodzinie pochodzenia, i innych; problemy wychowawcze z dziećmi)
- 1.3. **Prowadzenie gospodarstwa domowego** (żywnienie niedostosowane do wieku i potrzeb dzieci, brak nawyku i umiejętności dbania o czystość mieszkania i higienę osobistą, nieumiejętność zorganizowania przestrzeni życiowej dla domowników, brak umiejętności dysponowania środkami finansowymi, np. zaległości w opłatach mieszkaniowych, zajęcia komornicze, brak umiejętności dysponowania czasem i wykorzystywania go, brak mobilizacji i umiejętności do prowadzenia gospodarstwa domowego)
- 1.4. **Sytuacja formalno-prawna** (brak podstawowych dokumentów: wyroki sądowe, zadłużenia; duża ilość i nawarstwienie problemów urzędowych: mieszkaniowych, rodzinnych, zdrowotnych, sądowych, innych; brak orientacji w sprawach urzędowych; brak zrozumienia wymagań i oczekiwań; stopień uregulowania sytuacji prawnej: orzeczenie o rozwodzie, separacji, alimentach, ustalenie ojcostwa dzieci; brak umiejętności wypełniania dokumentów; obawy przed kontaktem z instytucjami; złe doświadczenia w kontaktach z instytucjami i urzędami; relacje z instytucjami - OPS, sąd, szkoła, przedszkole, administracja)
- 1.5. **Sytuacja mieszkaniowa** (status zajmowanego mieszkania, tytuł do zamieszkania, metraż, ilość osób wspólnie zamieszkujących, standard mieszkania, sprzętów, czy jest wyposażone w sprzęty gospodarstwa domowego i urządzenia potrzebne do zapewnienia higieny i opieki członkom rodziny, stan podłogi, okien, ścian i inne, stan sądowy - orzeczenie eksmisji, ubiegania się o mieszkanie, prawo do ubiegania się o lokal i inne)
- 1.6. **Sytuacja materialna** (czy rodzina posiada środki potrzebne jej do zapewnienia podstawowych potrzeb: jedzenie, ubranie, wyposażenie szkolne dla dzieci; opłaty rachunków: mieszkaniowych i innych; możliwości uczestniczenia w życiu społecznym: dostępu do telefonu, Internetu, kultury, rekreacji, sportu, wypoczynku, korzystanie z zasiłków, stypendiów, alimentów; dochody rodziny)
- 1.7. **Sytuacja zdrowotna** (stan zdrowia członków rodziny; wady rozwojowe; choroby przewlekłe, nawyki i umiejętność korzystania ze służby zdrowia: stomatolog, specjaliści, szczepienia dzieci; diagnozy psychologiczne i psychiatryczne członków rodziny, korzystanie z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej; niepełnosprawność członka rodziny: orzeczony stopień niepełnosprawności, grupa inwalidzka lub niezdolność do pracy itp.)

1.8. **Występowanie przemocy w rodzinie** (przemoc fizyczna / psychiczna / seksualna ze strony... (kogo?), w stosunku do... (logo?), na czym polega, jakie ma przyczyny i jakie skutki w rodzinie powoduje, wszczęta procedura „Niebieskie Karty” (zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 06.09.2023r. w sprawie procedury „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2023r. poz. 1870), czytoczy się postępowanie w policji / wprokuraturze / w sądzie rejonowym, czy pan/i... został/a skazany/ skazana prawomocnym wyrokiem sądu)

.....

.....

1.9. **Uzależnienia** (nadużywanie, używanie szkodliwe, uzależnienie od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, leki), hazardu; jakie problemy rodzinne powoduje, kogo dotyczy, w jakim okresie życia członka rodziny, czy osoba uczestniczyła/uczestniczy w jakiejś formie leczenia, pomocy psychologicznej, z jakim skutkiem)

.....

.....

1.10. **Sytuacja zawodowa** (zatrudnienie członków rodziny i ich status na rynku pracy, historia pracy, poziom wykształcenia, kwalifikacje zawodowe, bezrobocie/długotrwałe bezrobocie członków rodziny - przyczyny niskiego poziomu wykształcenia, niskopłatnej lub dorywczej pracy, braku pracy, niskich zarobków, motywacja do pracy, szukania pracy, przekwalifikowywania się, umiejętności społeczne potrzebne w pracy itp.)

.....

.....

1.11. **Aktywność społeczna** (poziom zaufania do osób spoza rodziny w tym pracowników służb i instytucji, umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych i budowania relacji; kontakty z dalszą rodziną, przyjaciółmi; umiejętność poruszania się po mieście, załatwiania spraw, funkcjonowania poza miejscem i środowiskiem zamieszkania; uczestniczenie w życiu społecznym, kulturalnym, rekreacji; wzorce spędzania czasu wolnego, wypoczynku; kontakty społeczne z osobami spoza środowiska osób wykluczonych)

.....

.....

2

1.12. **System wsparcia społecznego** (posiadanie kontaktów wspierających rodzinę - rodzina, przyjaciele, sąsiedzi; możliwość uzyskania wsparcia w opiece nad dziećmi, finansowego, emocjonalnego; relacje z przedstawicielami instytucji - kurator sądowy, pracownik OPS, pedagog, wychowawca, siostra zakonna; sąsiedztwo, zamieszkiwanie w enklawach środowisk wykluczonych; konflikty z otoczeniem społecznym; nieadekwatna do potrzeb infrastruktura pomocowa (brak miejsc w żłobku, przedszkolu, odległe terminy wizyt lekarskich i inne) itp.)

.....

.....

2. PROBLEMY RODZINY I ICH PRZYCZYNY FORMUŁOWANE PRZEZ RODZINĘ

.....

.....

3. MOTYWACJA RODZINY DO ROZWIĄZYWANIA SWOICH PROBLEMÓW

(świadomość problemów, poziom degradacji, poziom brania odpowiedzialności za problemy i ich rozwiązanie, rozumienie przyczyn, realne umiejętności i możliwości rodziny, trudności rodziny w nawiązaniu kontaktu z asystentem, zaufania mu i wejście w "przymierze" w celu wspólnego rozwiązywania problemów)

.....

.....

4. POTENCJAŁY I SILNE STRONY POMOCNE W ZMIANIE (związane z sytuacją rodzinną, osobistą członków rodziny, bytową zawodową, intelektem, motywacją, gotowością do kontaktu i budowania relacji z asystentem, środowiskiem rodziny lub inne)

.....

5. CELE PRACY Z RODZINĄ I SPOSOBY / METODY ICH OSIĄGNIĘCIA (formułowane przez asystenta rodziny)

- sfera socjalna (materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, bytowa, formalno-prawna)

.....

.....

- sfera psychologiczna i dotycząca relacji w rodzinie

.....

.....

- sfera opiekuńczo-wychowawcza

.....

.....

- sfera aktywności społecznej

.....

.....

- sfera zawodowa

.....

.....

6. **OBSZARY DO ZMIANY** (formułowane przez rodzinę, co chcą zmienić)

- sfera socjalna (materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, bytowa, formalno-prawna)

.....
.....

- sfera psychologiczna i dotycząca relacji w rodzinie

.....
.....

- sfera opiekuńczo-wychowawcza

.....
.....

- sfera aktywności społecznej

.....
.....

- sfera zawodowa

.....
.....

7. **FORMY PRACY, W KTÓRYCH RODZINA JEST GOTOWA UCZESTNICZYĆ:** spotkania indywidualne, spotkania rodzinne, wspólne wizyty w urzędach, instytucjach, instytucjach edukacyjnych i opiekuńczych, zdrowotnych, innych; pomoc w poszukiwaniu pracy; udział w zajęciach grupowych, warsztatach, innych aktywnościach poza domem lub innych, których potrzebują lub asystenci mogą im zaoferować

.....
.....

Data

Podpis asystenta rodziny.....
(podpis, data)

Akceptacja pełnej diagnozy*.....
(podpis, data)

*diagnoza powinna być uzupełniana na bieżąco w miarę uzyskiwania nowych informacji na temat rodziny. Do akceptacji kierownika przedstawiany jest dokument, nie później niż do 6 miesięcy od rozpoczęcia pracy z rodziną.

WERYFIKACJA PLANU PRACY Z RODZINĄ (RAZ NA 1/2 ROKU)

data weryfikacji:

okres pracy z rodziną oddo

EFEKTY OSIĄGNIĘTE W OSTATNIM OKRESIE (Opis obszarów poprawy lub pogorszenia sytuacji rodziny w danej sferze oraz przyczyn zmian, bariery, ograniczenia leżące po stronie rodziny, asystenta lub sytuacji zewnętrznej)

- sfera socjalna (materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, bytowa, formalno-prawna)

.....
.....

- sfera psychologiczna i dotycząca relacji w rodzinie

.....
.....

- sfera opiekuńczo-wychowawcza

.....
.....

- sfera aktywności społecznej

.....
.....

- sfera zawodowa

.....
.....

CELE PRACY Z RODZINĄ NA KOLEJNE 112 ROKU (cele pracy i sposoby / metody ich osiągnięcia)

- sfera socjalna (materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, bytowa, formalno-prawna)

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

- sfera psychologiczna i dotycząca relacji w rodzinie

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

- sfera opiekuńczo-wychowawcza

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

- sfera aktywności społecznej

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

- sfera zawodowa

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

Podpis asystenta rodziny

Podpis kierownika.....

INDYWIDUALNY KATALOG MOŻLIWEGO WSPARCIA
— usługi podstawowe i dodatkowe

Imię, nazwisko i adres kobiety i/lub członków rodziny:.....
.....

Imię i nazwisko asystenta rodziny:.....

Data sporządzenia:

Zasoby własne członków rodziny
.....
.....
.....

1. ŚWIADCZENIA I USŁUGI PODSTAWOWE

Rodzaj świadczenia lub usługi	Nazwa, adres i dane kontaktowe	Charakterystyka świadczenia lub usługi
Świadczenie 4000 zł		
Świadczenie wychowawcze		
Świadczenie rodzicielskie		
Świadczenie opiekuńcze		
Zasiłek rodzinny z dodatkami		
Świadczenia z pomocy społecznej		
Diagnostyka prenatalna		
Dodatkowe wizyty położnej		
Poród w szpitalu o najwyższym specjalistycznym poziomie		
Opieka położnicza nad matką		
Opieka neonatologiczna nad dzieckiem		
Poradnictwo laktacyjne		
Poradnictwo psychologiczne dla rodziców		
Poradnictwo prawne dla rodziców		

Pomoc w zakupie wyrobów medycznych		
Rehabilitacja lecznicza dziecka		
Opieka wytchnieniowa		
Opieka paliatywna i hospicyjna		
Kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka		
Dofinansowanie ze środków PFRON do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych		
Karta Dużej Rodziny		
Placówki wsparcia dziennego		
Inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe		
Placówki dla dzieci do lat 3 (żłobki, kluby dziecięce)		
Rodziny wspierające		
Domy samotnych matek		
Pieczna zastępcza		

2. ŚWIADCZENIA I USŁUGI DODATKOWE

Rodzaj świadczenia lub usługi	Nazwa, adres i dane kontaktowe	Charakterystyka świadczenia lub usługi

Zapoznałem/am się z Zarządzeniem Nr 8/2024 Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Zbąszynku z dnia 04 kwietnia 2024 roku w sprawie wprowadzenia procedury koordynacji asystenta rodziny przewidzianej w ramach realizacji ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

l.p	Imię i nazwisko	podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10		
11.		I
12.		