Poświętne, dnia ……………………..........

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

 *imię i nazwisko wnioskodawcy/ów*

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

 *adres zamieszkania*

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

 *telefon kontaktowy*

**Kierownik**

**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**ul. Szkolna 2**

**05-326 Poświętne**

**WNIOSEK**

Na podstawie art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” zwracam się z prośbą o koordynowanie wsparcia określonego w art. 8 ust. 1 i ust. 2 w/w ustawy przez asystenta rodziny.

 **Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do objęcia mnie wsparciem asystenta.**

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający ciążę.
2. Zaświadczenie o ciężkim lub nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wydane 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.\*

.....................……………………
 *podpis(y) wnioskodawcy(ów*

\*niepotrzebne skreślić