

....., dnia r.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Próchnika 34

97-300 Piotrków Trybunalski

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. 2019. 473 t.j. z dnia 2019.03.12) 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.
4.
5.
6.

Zgoda nr 1

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do wykonywania zadań przez asystenta rodziny.

.....

(podpis osoby składającej wniosek o pomoc)

Zgoda nr 2

Wyrażam zgodę na przekazywanie asystentowi rodziny przez podmioty realizujące wsparcie, z wyłączeniem świadczeniobiorców, informacji o udzielonym wsparciu.

.....

(podpis osoby składającej wniosek o pomoc)

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 kierownika)

.....

(podpis osoby składającej wniosek o pomoc)