Zarządzenie Nr 2/2024
Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubsku
z dnia 22 stycznia 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"

Na podstawie art. 8 ust. 2 i 3 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) zarządza się, co następuje:

§ 1
Wniosek

W celu realizacji zadań przewidzianych w ustawie z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", każda kobieta w ciąży i jej rodzina może skorzystać z pomocy i wsparcia asystenta rodziny na podstawie wniosku złożonego w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lubsku według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2
Odbiorcy usługi

1. Usługa asystenta rodziny będzie polegała na udzielaniu wsparcia kobietom w ciąży, w szczególności tym, u których dziecka zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, powstałą w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.
2. Wsparcie będzie także udzielane kobietom, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu oraz kobietom, których dziecko umarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych.
3. Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubsku obejmie kobietę, o której mowa w § 1 oraz jej rodzinę usługą koordynacji świadczoną przez asystenta rodziny zatrudnionego w MGOPS po 2 dniach od wpłynięcia wniosku do Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej - przekazanie wniosku do asystenta. Przydzielenie asystenta do udzielania wsparcia.

§ 3
Zakres zadań asystenta rodziny

Etap I. Nawiązanie kontaktu/tworzenie relacji asystenckiej.
Czas trwania: do 1 tygodnia
1. Nawiązanie kontaktu z kobietą w ciąży/rodziną oraz tworzenie relacji asystenckiej, tj. zapoznanie kobiety w ciąży/rodziny z rolą, zadaniami, uprawnieniami asystenta i jego zobowiązaniami wobec zatrudniającej instytucji.
2. Uzyskanie zgody rodziny na wsparcie asystenta, jeśli wniosek złożyła sama kobieta w ciąży.
3. Rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omówienie oczekiwań kobiety w ciąży lub rodziny, dotyczące pracy z asystentem.

4. Wsparcie emocjonalne, ocena funkcjonowania emocjonalnego, w przypadku depresji, ustalenie spotkania z psychologiem lub innym specjalistą.
5. Dbanie o efektywność pracy asystenta rodziny – budowanie systemu konsultacji (konsultowanie procesu wsparcia oraz indywidualnego katalogu wsparcia dla kobiety w ciąży/rodziny z psychologiem.

Etap II. Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzyszenie emocjonalne.
Czas trwania: 1 tydzień
1. Zapoznanie się z oczekiwaniami i potrzebami kobiety w ciąży i/lub rodziny, rozpoznanie zasobów własnych kobiety w ciąży i/lub rodziny.
2. Urealnianie perspektywy postrzegania sytuacji przez rodzinę.
3. Ocena przygotowania rodziny na przyjście na świat dziecka.
4. Poznanie sposobów radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, jakie posiada kobieta i/lub rodzina.
5. Ocena funkcjonowania emocjonalnego.
6. Wypełnienie formularza Arkusz diagnozy (ocena sytuacji rodziny) według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

Etap III. Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia dla kobiet w ciąży i rodzin. Towarzyszenie emocjonalne.
Czas trwania: 2 tygodnie
1. Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia w oparciu o Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.
2. Towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie.

Etap IV. Realizacja planu pracy. Towarzyszenie emocjonalne.
Czas trwania: w miarę potrzeb kobiety/i lub rodziny
1. Realizacja usług z indywidualnego katalogu możliwego wsparcia, w tym pomoc w skorzystaniu z usług ze skonstruowanego dla danego przypadku katalogu.
2. Koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia.
3. Pedagogizacja kobiety w ciąży i rodziny w zakresie pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem.
4. Motywowanie członków rodziny do podejmowania działań mających na celu budowanie zasobów radzenia sobie z zastaną sytuacją.
5. Towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie, kontakty asystenta z osobą i rodziną lub kontakty tylko z rodziną odbywają się w zależności od potrzeb.

Etap V. Ocena okresowa.
Czas trwania: raz na 3 m-ce
Omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i/lub rodziną w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług. Analiza postępów w realizowanym planie pracy z rodziną/aktualizacja planu pracy.

Etap VI. Podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy.
Czas trwania: zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą w ciąży i/lub rodziną.
Po zakończeniu usługi asystent rodziny prowadzi monitoring funkcjonowania rodziny. Monitoring polega przede wszystkim na utrzymywaniu kontaktów telefonicznych asystenta z rodziną, udziale rodziny w razie potrzeby w spotkaniach konsultacyjnych oraz możliwości

odbycia wizyty w miejscu zamieszkania rodziny. Każde spotkanie jest odnotowane w karcie monitoringu rodziny.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kierownik Miejsko-Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubsku
mgr Laura Bondarenko

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 2/2024
Kierownika
Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Lubsku
z dnia 22 stycznia 2024 roku

WZÓR

..... Lubsko, dnia .....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
.....
Adres
.....
Adres

Kierownik
Miejsko-Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Lubsku
al. Niepodległości 2
68-300 Lubsko

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 udzielającego upoważnienia

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 2004 r. 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 art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"

..... Lubsko, 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. 1329) w związku z art. 15 ust. 1 pkt 13a ustawy z dnia 9czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 447 ze zm.)

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 udzielającego upoważnienia)

Lubsko, 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. 1329) 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 udzielającego upoważnienia)

Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 2/2024
Kierownika
Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Lubsku
z dnia 22 stycznia 2024 roku

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 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 i nazwisko dziecka (data urodzenia, wiek)	**Warunki mieszkaniowe** (określić warunki domowe, miejsce do spania, 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 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, konkubinat, 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** (żywienie 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 o eksmisji, ubieganie 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 uczestnictwa 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 umiejętności korzystania ze służby zdrowia: stomatolog, specjaliści, szczepienia dzieci; diagnozy psychologiczne 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 (kogo?), na czym polega, jakie ma przyczyny i jakie skutki w rodzinie powoduje, wszczęta procedura „Niebieskie Karty", czy toczy się postępowanie w policji/prokuraturze/w sądzie rejonowym, pan/i został/a skazany/a prawomocnym wyrokiem)

.....

.....

.....

.....

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 jakieś 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, przekwalifikowania się, umiejętności społeczne potrzebne w pracy itp.)

.....

.....

.....

.....

1.11. **Aktywność społeczna** (poziom zaufania do osób spoza rodziny, w tym pracowników służb i instytucji, umiejętność nawiązywani 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 wolnego czasu, wypoczynku, kontakty społeczne z osobami spoza środowiska osób wykluczonych)

.....

.....

.....

.....

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 ROZWIĄZYWANIASWOICH PROBLEMÓW** (świadomość problemów, poziom degradacji, poziom bezradności, 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, zdrowotna, bytowa, formalno-prawna)

.....

.....

.....

- 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 edukacyjnych, 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 .....

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 ½ ROKU)

data weryfikacji .....

okres pracy z rodziną od ..... do .....

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 ½ ROKU (cele 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 .....

Załącznik nr 3
do Zarządzenia Nr 2/2024
Kierownika
Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Lubsku
z dnia 22 stycznia 2024 roku

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 4000,00 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		
Piecza zastępcza		

2. ŚWIADCZENIA I USŁUGI DODATKOWE

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