

Wsparcie dla kobiet  
w ciąży i rodzin  
**Za życiem**



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w *Jordanowie*

**Indywidualny katalog możliwego wsparcia**

Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o wsparcie:	
Numer telefonu:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	

**Świadczenia i usługi podstawowe**

(zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)

<b>Rodzaj świadczenia i usługi</b>	<b>Adres</b>
<input type="checkbox"/> świadczenie 4000	
<input type="checkbox"/> świadczenie wychowawcze	
<input type="checkbox"/> świadczenie rodzicielskie	
<input type="checkbox"/> świadczenia opiekuńcze	
<input type="checkbox"/> zasiłek rodzinny z dodatkami	
<input type="checkbox"/> świadczenia z pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> diagnostyka prenatalna	
<input type="checkbox"/> dodatkowe wizyty położnej	
<input type="checkbox"/> poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
<input type="checkbox"/> opieka położnicza nad matką	
<input type="checkbox"/> opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
<input type="checkbox"/> poradnictwo laktacyjne	
<input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> poradnictwo prawne dla rodziców	
<input type="checkbox"/> pomoc w zakupie wyrobów medycznych	

<input type="checkbox"/> rehabilitacja lecznicza dziecka	
<input type="checkbox"/> opieka wytchnieniowa	
<input type="checkbox"/> opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
<input type="checkbox"/> dofinansowanie ze środków PEFRON - do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
<input type="checkbox"/> Karta Dużej Rodziny	
<input type="checkbox"/> placówki wsparcia dziennego	
<input type="checkbox"/> domy samotnych matek	
<input type="checkbox"/> inne placówki wsparcia rodziny, organizacyjne, pozarządowe	
<input type="checkbox"/> rodziny wspierające	
<input type="checkbox"/> placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
<input type="checkbox"/> piecza zastępcza	

### Świadczenia i usługi dodatkowe

(wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)

Rodzaj świadczenia i usługi	Adres

.....  
Data i podpis klienta

.....  
Data i podpis asystenta rodziny