

**Zarządzenie Nr 6.2020**  
**Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwieńsku**  
**z dnia 15 października 2020 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 2020 r., poz. 1329) 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 Ośrodku Pomocy Społecznej w Czerwieńsku 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 dziecko 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 zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych.
3. Ośrodek Pomocy Społecznej w Czerwieńsku obejmie kobietę o której mowa w § 1 oraz jej rodzinę usługą koordynacji świadczoną przez asystenta rodziny zatrudnionego w OPS 2 dni od wpłynięcia wniosku do Dyrektora 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.

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Nr 6.2020 Dyrektora  
Ośrodka Pomocy Społecznej w Czerwieńsku  
z dnia 15 października 2020 roku

## WZÓR

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Czerwieńsk, dnia .....

.....  
Adres

.....  
Adres

**Dyrektor  
Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Czerwieńsku  
ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 4  
66-016 Czerwieńsk**

### **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 2020 r., poz. 821).

.....  
(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”

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Czerwieńsk, dnia .....

.....  
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 2020 r., poz. 1329) 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 2020 r., poz. 821)

### 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)

Czerwieńsk, 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 2020 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)

## 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)

.....  
.....

<b>Imię nazwisko dziecka</b> (data urodzenia, wiek)	<b>Warunki mieszkaniowe</b> (określić warunki domowe, miejsce do spania, nauki, zagrożenia w najbliższym otoczeniu)	<b>Edukacja</b> (nazwa szkoły, kontakt do pedagoga, częstotliwość kontaktu rodziców ze szkołą, wyniki w nauce, zachowanie w szkole)	<b>Zdrowie</b> (nazwa placówki zdrowia, kontakt do lekarza, pielęgniarki, terminarz szczepień i bilansów, stwierdzone przewlekłe choroby i ich leczenie)	<b>Wsparcie innych organizacji</b> (czy dziecko korzysta z oferty pomocowej, psychologicznej, wychowawczych, fundacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, nazwa zakres udzielanej pomocy, kontakt)	<b>Władza rodzicielska</b> (forma ograniczenia władzy, kontakt do kuratora, nazwa placówki lub rodziny zastępczej, w której przebywa dziecko)	<b>Inne informacje dotyczące dziecka</b> (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** (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 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 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... (kogo?), na czym polega, jakie ma przyczyny i jakie skutki w rodzinie powoduje, wszczęta procedura „Niebieskie Karty” (zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13



września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, Dz. U. 2011 nr 209 poz. 1245), toczy się postępowanie w policji / w prokuraturze / w sądzie rejonowym, pan/i...zostal/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)

.....  
.....  
**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 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 wejścia w "przymierze" w celu wspólnego rozwiązywania problemów)

.....  
.....

4. **POTENCJAŁY I SILNE STRONY POMOCNE W ZMIANIE** (związane z sytuacją rodzinną, osobistą członków rodziny, bytowa, zawodowa, 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 SĄ 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 .....

Akceptacja pełnej diagnozy\* .....

(podpis, data)

\*diagnoza powinna być uzupełniana na bieżąco w miarę uzyskiwania nowych informacji na temat rodziny. Do akceptacji dyrektora 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 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 1/2 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 dyrektora .....

**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		
.....		
.....		
.....		
<b>1. ŚWIADCZENIA I USŁUGI PODSTAWOWE</b>		
<b>Rodzaj świadczenia lub usługi</b>	<b>Nazwa, adres i dane kontaktowe</b>	<b>Charakterystyka świadczenia lub usługi</b>
Świadczenie 4000 zł		
Świadczenie wychowawcze		
Świadczenie rodzicielskie		
Świadczenia opiekuńcze		
Zasilek 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		
Pieczą zastępczą		
<b>2. ŚWIADCZENIA I USŁUGI DODATKOWE</b>		
<b>Rodzaj świadczenia lub usługi</b>	<b>Nazwa, adres i dane kontaktowe</b>	<b>Charakterystyka świadczenia lub usługi</b>