**ZARZĄDZENIE NR 11/2023**

**Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytnicy**

z dnia 10 sierpnia 2023 r.

**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” (Dz. U. z 2022 r., poz. 2140 z późn. zm.) **zarządzam, 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 Bytnicy według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2**

**Odbiorcy usług**

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. Ośrodek Pomocy Społecznej w Bytnicy obejmie kobietę, o której mowa w § 1 oraz jej rodzinę usługą koordynacji świadczoną przez asystenta rodziny zatrudnionego w OPS w okresie 2 dni od wpłynięcia wniosku do Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej – przekazanie wniosku do asystenta a także przydzielenie asystenta do udzielenia 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 przyjęcie 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 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 miesiące**

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 usług 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

Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytnicy

Magdalena Wlazło

Załącznik nr 1

do zarządzenia Nr 11/2023

Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej

w Bytnicy z dnia 10 sierpnia 2023 r.

……………………………………… Bytnica, dnia ……………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………….

Adres

**Kierownik**

**Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Bytnicy**

**66-630 Bytnica 130**

**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” ( Dz. U. z 2022 r., poz. 2140 z późn. zm.)

…………………………………………….

(data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia)

Do wniosku załączam 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.

□ oświadczenie 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”.

…………………………….. Bytnica, dnia ……………………..

Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………

Adres

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie art. 8 ust. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2022 r., poz. 2140 z późn, zm.) w związku z art. 15 ust. 1 pkt 13a ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 818 z późn. 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)

Bytnica, 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” (Dz. U. z 2022 r., poz. 2140 z późn. zm.) 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)