

**Komplet dokumentów w celu skierowania osoby/osób do Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży ( Dz.U. z 2005 r. Nr 43, poz.418).**

Osoba ubiegająca się o skierowanie do Domu składa wniosek w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na jej miejsce zamieszkania.

**Ośrodek kompletuje dokumenty w terminie 14 dni i przekazuje je do starosty najbliższego powiatu prowadzącego dom, który wydaje decyzję o skierowaniu do domu.**

**Podstawę do wydania skierowania do Domu stanowi:**

1. Wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie do domu; wniosek w załączeniu;
2. Rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu lub przez pracownika socjalnego domu;
3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w domu; zaświadczenie w załączeniu;
4. Skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub książeczka zdrowia dziecka;
5. Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności;
6. Opinia ośrodka zawierająca uzasadnienie pobytu w domu.
7. Postanowienie Sądu o umieszczeniu w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach (Postanowienie jest konieczne w przypadku dziewcząt niepełnoletnich).

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczętka przychodni)

### **ZAŚWIADCZENIE**

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych u Pani\* /-a / małoletniej\* .....

..... ul. ....

do umieszczenia w Domu dla Matek z Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach.

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* właściwe należy podkreślić

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/ kuratora)\*  
.....  
.....

/adres zamieszkania/

Dyrektor / Kierownik\*

Ośrodka Pomocy Społecznej

ul. ....  
.....

Zwracam się z prośbą o udzielenie pomocy w formie pobytu w Domu dla Matek z  
Małoletnimi Dziećmi i Kobiet w Ciąży w Łabuniach ul. Osiedlowa 7, 22-437 Łabunie  
dla .....

/imię i nazwisko osoby kierowanej/

na okres .....

Proszę o przesłanie decyzji na adres:.....  
.....

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data, podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/

opiekuna prawnego/ kuratora)\*

\* prawidłowe podkreślić