*Załącznik nr 1 do Regulaminu WOKRO*



Wieluń, dnia…………………..

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy**

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieluniu**

**98-300 Wieluń, ul. Śląska 23a**

**Wniosek**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM”**

***program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”,*** *przyjęty na podstawie art. 12 ustawy z dnia
4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860), na podstawie art. 90 ust.4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, a od dnia 1 stycznia 2018 r. na podstawie art. 75 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (Dz. U. 2017 poz. 2203) oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno – rehabilitacyjno - opiekuńczych (Dz. U. z 2023 poz. 1801).*

**Imię i nazwisko dziecka**……...………………………………………………………………...

PESEL……………………………… data i miejsce urodzenia ..................................................

Adres zamieszkania……………………………….......................................................................

Imię i nazwisko ojca……………………………………………….tel. .....................................

Imię i nazwisko matki……………………………………………...tel. .......……………….......

Nazwa i adres żłobka/przedszkola ……………………………………………………………...

Oświadczam, że syn/córka był/a badany/a w PPP w Wieluniu TAK / NIE\*

**Podpisy wnioskodawców reprezentują zgodną wolę obojga rodziców/opiekunów prawnych**

matka/opiekun prawny\*…………................................................................................................

ojciec/opiekun prawny\*……………..…......................................................................................

Rozpoznanie niepełnosprawności jeśli takie było lub inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka mogące mieć wpływ na rozwój dziecka *(np. przedwczesny poród (przed 36 tygodniem ciąży, przewlekłe choroby z klasyfikacji ICD, znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy)* proszę opisać własnymi słowami:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………...........................................................................................

Uzasadnienie wniosku:

……………………………………………………………………………………………………………

………………..…………………………………………………………………………………………

…………………………………..………………………………………………………………………

……………………………………………………..................................................................................

Do wniosku załączam:

a) kserokopię (oryginał do wglądu) opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

nr ......................................................... z dnia ............................................wydaną przez

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

lub

1. zaświadczenie lekarskie „Za życiem” o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu /nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu z dnia /jest zagrożone niepełnosprawnością, ze wskazaniem kierunku usprawnienia opóźnień rozwojowych, wydane przez:

………………..................................................................................................................

Do zaświadczenia należy dołączyć dokumentację medyczną dziecka.

lub

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka z dołączoną dokumentacją medyczną potwierdzającą rodzaj niepełnosprawności,

lub

1. kserokopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,

lub

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka z dołączoną dokumentacją medyczną potwierdzającą rodzaj niepełnosprawności,

lub

1. gdy brak jest ww. dokumentów rodzice/prawni opiekunowie mogą złożyć inną dokumentację medyczną, z której wynika potrzeba objęcia dziecka wczesnym wspomaganiem rozwoju.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Czy dziecko realizowało zajęcia w ramach programu „Za życiem” (WOKRO) | TAK/NIE |
|  | Jeżeli tak to w jakiej placówce............................................................................................................ |
| 2. | Czy dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju | TAK/NIE |

1. Aktualne miejsce realizacji zajęć w ramach WWRD…………………………………………...…..

|  |  |
| --- | --- |
| psycholog w wymiarze…………………........... tygodniowym, | ................................... miesiąca |
| pedagog w wymiarze ………………………... tygodniowym, | ................................... miesiąca |
| logopeda w wymiarze ………………………... tygodniowym, | ................................... miesiąca |
| fizjoterapeuta w wymiarze ……………………. tygodniowym, | ................................... miesiąca |

terapeuta Integracji Sensorycznej ……………. tygodniowym, ..................................... miesiąca

inne (jakie?) w wymiarze …………………….. tygodniowym, ....................................... miesiąca

1. Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne (Ośrodek Pomocy Społecznej, hospicjum,

fundacja, stowarzyszenia, gabinety prywatne, poradnie niepubliczne, inne) TAK/NIE jeżeli tak, to należy wypełnić:

**Nazwa instytucji**………………………………………………………………………….…...................

rodzaj zajęć ……………………………………………………………………………….……………...

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …….…………………….……………..

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………….……………..….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………..……….………………….…

**Nazwa instytucji**…………………………………………………………………………………………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..……………….….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: …………………...…………….………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..…………….…….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: ……………………………………....…

**Nazwa instytucji**…………………………………………………………………………………………

rodzaj zajęć …………………………………………………………………………..…………….…….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: ………………………………….…...…

rodzaj zajęć ……………………………………………………………………………………...……….

w wymiarze : tygodniowym:……………………… miesiąca: ………………………………….…...…

Propozycja rodziców/opiekunów prawnych, co do preferencji zajęć\*:

* terapia psychologiczna
* terapia pedagogiczna
* terapia logopedyczna
* terapia Integracji Sensorycznej
* fizjoterapia

**Zadanie z zakresu administracji rządowej, wynikające z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” jest finansowane z budżetu państwa.**

**Oświadczam, iż:**

1. Zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu;
2. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki rekrutacji i regulamin uczestnictwa w Programie.
3. Mój udział w Programie jest dobrowolny;
4. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrą Programu;
5. Zostałem/am poinformowany/a, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych;
6. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył(a) w działaniach realizowanych w ramach Programu;
7. Wnioskodawca zobowiązuje się do poinformowania drugiego rodzica /opiekuna prawnego mającego prawa rodzicielskie o złożeniu wniosku i udziale dziecka w programie „Za Życiem”.

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym „wniosku o przyjęcie do Programu „Za życiem” są zgodne z prawdą.

……………………………………………….

……………………………………………………………

Miejscowość i data

Podpis matki/ opiekuna prawnego składającego wniosek\*

……………………………………………….

……………………………………………………………

Miejscowość i data

Podpis ojca/ opiekuna prawnego składającego wniosek\*

* *(właściwe podkreślić)*