

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

**Do  
Dyrektora  
Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Debrznie**

## **WNIOSEK**

### **O OBJĘCIU 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 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)