

Łódź, dnia

(imię i nazwisko osoby prowadzącej interwencję)

Oddział .....

**Ośrodek Pediatryczny im. dr J. Korczaka w Łodzi**

działający przy

Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum

Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

z siedzibą w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

NIP: 729-23-45-599, REGON: 000295403 Adres

korespondencyjny Ośrodka Pediatrycznego: Al.

Piłsudskiego 71, 92-328 Łódź

#### **Miejski/Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej\***

(adres)

\*właściwość ośrodka powinna zostać ustalona w oparciu o adres zamieszkania małoletniego.

#### **WNIOSEK O WGLĄD W SYTUACJĘ RODZINY**

Działając w imieniu Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, na podstawie art. 36 pkt 2 lit. h w zw. z art. 47 ust. 1 w zw. z art. 102 ust. 2 w zw. z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o Pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.),

w związku z koniecznością weryfikacji czy małoletni .....

PESEL: ..... adres zamieszkania:

lub jego rodzina powinien zostać objęty świadczeniami określonymi w wyżej wymienionej ustawie, wnoszę o podjęcie z urzędu postępowania w sprawie udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **UZASADNIENIE**

*(tutaj należy opisać jakie dobro małoletniego jest zagrożone, jakie niepokojące zachowania zostały zaobserwowane, ewentualnie załączyć do wniosku dokumenty i dowody takie jak kopie notatek służbowych, nagrania z monitoringu etc.)*

Wobec powyższego, zwracam się z prośbą o podjęcie z urzędu działań zmierzających do zbadania sytuacji rodzinnej małoletniego, na podstawie uprawnień przyznanych ośrodkom pomocy społecznej mocą ustawy z dnia 12 marca 2004 roku, o pomocy społecznej.

Załączniki:

(kopie notatek służbowych, inne dowody)