



Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, /elektron. znacznik czasu/
DD-I.55.150.2026.ES

Pan
Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Dotyczy: pisma nr III.502.2.2026.JA z 29 stycznia 2026 r.

Szanowny Panie Rzeczniku,

na wstępie należy wskazać, że kwestia wsparcia udzielanego kobietom w ciąży uzależnionym od alkoholu wymaga kompleksowych i systemowych rozwiązań, a dostępność do wsparcia oferowanego w ramach systemu pomocy społecznej może stanowić uzupełnienie pomocy oferowanej w ramach systemu ochrony zdrowia. W art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.) wymieniono katalog przyczyn uzasadniających udzielanie pomocy społecznej, wśród których wymieniono m.in. potrzebę ochrony macierzyństwa, jak również problem choroby alkoholowej.

W ramach systemu pomocy społecznej udzielana jest między innymi pomoc w formie poradnictwa specjalistycznego. Poradnictwo specjalistyczne, jako zadanie własne powiatu (art. 19 ust. 3, art. 46 i art. 46a ustawy o pomocy społecznej) jest rodzajem niepieniężnego świadczenia z pomocy społecznej, ukierunkowanego na udzielenie wsparcia w rozwiązaniu sytuacji problemowych. Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód, a jego udzielenie nie wymaga wydania decyzji administracyjnej. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. Rejestr jednostek specjalistycznego poradnictwa prowadzi właściwy wojewoda i jest on ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym oraz publikowany na stronie internetowej urzędu.

Informuję również, że w MRPiPS przygotowywany jest projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw, wpisany do wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów pod numerem UD315, który przewiduje dodanie upoważnienia do wydania przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego aktu wykonawczego określającego minimalne standardy działań i zakres usług świadczonych w ramach poradnictwa specjalistycznego.

Wyjaśniam ponadto, że w ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Są to ośrodki wsparcia zajmujące się udzielaniem pomocy w sytuacjach kryzysowych w celu jej przezwyciężenia. Podstawowym zadaniem domów jest zapewnienie schronienia w okresie do 12 miesięcy (z możliwością przedłużenia pobytu), ale domy zapewniają również wsparcie specjalistyczne. Regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 lutego 2024 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży wprost wskazują, że rolą domu, oprócz zapewnienia schronienia, jest objęcie mieszkańców takimi formami pomocy, zależnymi od potrzeb mieszkańców, które będą miały na celu przezwyciężenie sytuacji kryzysowej, w jakiej mieszkaniec się znalazł. Ze względu na różnorodność problemów, z jakimi trafiają do placówek mieszkańcy, pomoc specjalistyczna mająca na celu wzmocnienie tych osób jest niezbędnym elementem pobytu w domu. Ze względu na małą liczbę placówek na terenie kraju (jedynie 41 domów według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.) Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej podejmował i podejmuje działania mające na celu rozwój sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Corocznie od roku 2017 Ministerstwo udziela wsparcia finansowego samorządom powiatowym w realizacji ich zadania własnego tj. rozwoju sieci domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, w ramach działania 1.4. Kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem”. Możliwość uzyskania dofinansowania w ramach Programu dotyczy zarówno utworzenia nowych domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, jak i dofinansowania istniejących placówek w celu utworzenia nowych miejsc w domach bądź w celu podwyższeniem standardu placówek.

Ważną rolę w działaniach pomocy społecznej ukierunkowanych na ograniczanie zjawiska uzależnienia od alkoholu wśród kobiet w ciąży oraz w systemowym wsparciu rodzin wychowujących dzieci z FAS/FASD odgrywają pracownicy socjalni. Ich aktywność obejmuje zarówno działania profilaktyczne i interwencyjne, jak i długofalową pracę z rodziną, której celem jest wzmocnienie jej zasobów oraz

poprawa funkcjonowania społecznego. Do podstawowych zadań pracowników socjalnych w tym obszarze należy przede wszystkim prowadzenie pracy socjalnej, rozumianej jako profesjonalna działalność wspierająca osoby i rodziny w przezwyciężaniu trudności życiowych oraz w odzyskiwaniu zdolności do samodzielnego i odpowiedzialnego pełnienia ról społecznych. W kontekście kobiet w ciąży zmagających się z problemem alkoholowym praca socjalna koncentruje się na motywowaniu do podjęcia leczenia, budowaniu świadomości konsekwencji zdrowotnych spożywania alkoholu w okresie prenatalnym, a także na wzmacnianiu kompetencji opiekuńczo-wychowawczych. W przypadku rodzin wychowujących dzieci z FAS/FASD obejmuje ona wsparcie w organizowaniu codziennego funkcjonowania, pomoc w radzeniu sobie z trudnościami wychowawczymi oraz koordynowanie dostępu do specjalistycznych usług. Istotnym elementem działań pracowników socjalnych jest udzielanie informacji, porad i wskazówek dotyczących możliwości rozwiązywania problemów życiowych, a także pomoc w uzyskaniu specjalistycznego wsparcia – w tym terapii uzależnień, poradnictwa psychologicznego, psychiatrycznego, pedagogicznego czy prawnego. Pracownicy socjalni pełnią w tym zakresie funkcję pośredników i koordynatorów, łącząc osoby i rodziny z właściwymi instytucjami publicznymi, samorządowymi oraz organizacjami pozarządowymi. Dzięki temu możliwe jest zapewnienie kompleksowej i zintegrowanej pomocy, dostosowanej do indywidualnych potrzeb.

Należy jednocześnie podkreślić, że działania te mają wyłącznie charakter komplementarny i wspierający względem działań podejmowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej. Co więcej, są realizowane przy poszanowaniu podmiotowości oraz autonomii osób i rodzin. Niemniej jednak, skuteczność udzielanego wsparcia w dużej mierze zależy od gotowości do współpracy oraz wyrażenia zgody na podejmowane działania pomocowe.

Warto też zaznaczyć, że zawód pracownika socjalnego jest zawodem regulowanym, wymagającym odpowiedniego przygotowania merytorycznego i praktycznego. Osoby wykonujące ten zawód posiadają kompetencje w zakresie pracy z osobami uzależnionymi, rodzinami w kryzysie oraz dziećmi ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. Kwalifikacje te są rozwijane zarówno w toku kształcenia formalnego, jak i poprzez systematyczne doskonalenie zawodowe, w tym uzyskiwanie specjalizacji I i II stopnia. Programy szkoleń specjalizacyjnych uwzględniają aktualne wyzwania społeczne, w tym problematykę pracy z osobami uzależnionymi. Dodatkowo regionalne ośrodki polityki społecznej, w ramach ustawowych obowiązków, organizują bezpłatne szkolenia dla kadr pomocy społecznej,

obejmujące zagadnienia wczesnego rozpoznawania objawów FAS/FASD, metod pracy z dzieckiem oraz wsparcia jego opiekunów. Dzięki temu pracownicy socjalni są przygotowani do podejmowania profesjonalnych i adekwatnych działań na rzecz ograniczania skutków spożywania alkoholu w ciąży oraz poprawy jakości życia dzieci z FAS/FASD i ich rodzin.

Resort rodziny zauważa, że w aspekcie zapobiegania FAS/FASD u dzieci, w obszarze wspierania rodziny szczególnie istotna pozostaje także wczesna, profilaktyczna praca asystentów rodziny z kobietami w stosunku do których istnieje ryzyko spożywania alkoholu w ciąży bądź z kobietami spożywającymi już alkohol. Praca z kobietami w ciąży spożywającymi alkohol bądź skłonnyymi do jego używania podczas ciąży wymaga specyficznej metodyki, zastosowania indywidualnych środków dostosowanych do potrzeb. Działania asystenta rodziny nie powinny również ograniczać się jedynie do współpracy z ciężarną, lecz z całą rodziną, zachęcania do zaangażowania w ustabilizowanie sytuacji oraz dążenie do opieki i wychowania dziecka zdrowego, nieobciążonego FAS/FASD ani innymi schorzeniami. Resort rodziny zauważa również potrzebę informowania i uświadamiania mężczyzn o szkodliwości spożywania alkoholu, jego wpływu na powstawanie FASD u dziecka.

Mając na uwadze potrzebę wprowadzenia zmian systemowych resort rodziny przygotował projekt nowelizacji ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. 23 grudnia 2025 r. ww. projekt ustawy uzyskał wpis do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów (UD354). Projekt tej nowelizacji zakłada m.in. wzmocnienie pracy z rodziną na poziomie lokalnym oraz polepszenie sytuacji asystentów rodziny. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zakłada, że proponowane zmiany wpłyną pozytywnie na pracę z rodziną, w tym również na pracę z kobietami w ciąży, niwelującym tym samym występowanie FAS/FASD u dzieci. Profesjonalna, wzmocniona i zaangażowana praca z rodziną to również mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia w rodzinie sytuacji skrajnie kryzysowych, skutkujących następnie np. umieszczeniem dziecka w pieczy zastępczej.

Należy również wskazać, że od 2017 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” asystentom rodziny przypisana jest rola koordynatora w zakresie usług wsparcia oferowanego kobietom w ciąży oraz ich rodzinom, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej, kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz rodzin dzieci,

u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Działania podejmowane przez asystenta polegają przede wszystkim na opracowaniu wspólnie z osobami zainteresowanymi katalogu możliwych do uzyskania form wsparcia oraz występowaniu w ich imieniu, w celu skorzystania przez nie z należytej im pomocy.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ma również na uwadze, że znaczna liczba dzieci dotkniętych FAS/FASD to dzieci umieszczone w pieczy zastępczej, a z powodu ograniczonego dostępu do diagnostyki liczba dzieci z FAS/FASD wychowujących się w pieczy zastępczej może być realnie większa. Zauważalne jest wśród rodzin zastępczych poczucie braku wsparcia adekwatnego do potrzeb dzieci z FAS/FASD. Przygotowane przez resort zmiany w ramach projektu nowelizacji ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zakładają zatem wzmocnienie oraz stabilizację rodzinnych form pieczy zastępczej, a także zmiany organizacyjne, w zakresie działań organizatorów rodzinnej pieczy zastępczej oraz współpracy pomiędzy gminami, powiatami, sądami i innymi podmiotami zaangażowanymi we wspieranie rodziny i pieczę zastępczą. Ponadto w ramach resortu rodziny przygotowano projekt „Wypracowanie modelu współpracy pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego gminy, powiatu i województwa oraz sądami w zakresie realizacji zadań wspierania rodziny oraz pieczy zastępczej”, mający na celu poprawę komunikacji i współpracy pomiędzy gminami, powiatami, sędziami oraz służbą kuratorską, co przełoży się na lepszą integrację działań mających zabezpieczyć najlepszy interes dziecka. Rozpoczęcie realizacji projektu nastąpi w 2026 r.

Celem wzmocnienia oferowanego wsparcia oraz przyspieszenia procedur diagnozy oraz leczenia i terapii dzieci z FASD umieszczonych w pieczy zastępczej, obecnie przygotowana nowelizacja ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zakłada nadanie dzieciom z rodzin zastępczych i adopcyjnych (poza adopcją przez współmałżonka) uprawnienia do korzystania z dostępu do usług systemu publicznej opieki zdrowotnej poza kolejką. Rozwiązanie to ma wspomóc dzieci obciążone różnego rodzaju chorobami czy niepełnosprawnością, w tym również dzieci zmagające się od urodzenia z FAS/FASD.

Zważywszy na konieczność podjęcia zintensyfikowanych działań w przedmiotowym obszarze, resort rodziny w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) przygotował projekt zmierzający do

wzmocnienia systemu wsparcia dla rodzin zastępczych przyjmujących podopiecznych o szczególnych potrzebach, w tym dzieci z FASD. Projekt zakłada utworzenie Centrów Wsparcia Rodzin Zastępczych, które zapewnią kompleksowe wsparcie rodzinom zastępczym, m.in. opiekę wychowawczą, terapię rodzinną, psychoterapię, diagnozę, grupy wsparcia, doradztwo i mentoring. Centra będą uzupełniały działania powiatów, które ze względu na ograniczone zasoby nie są w stanie odpowiedzieć na wszystkie potrzeby rodzin. Kluczowe będzie rozpoznanie dostępnych usług, identyfikacja luk oraz umożliwienie rodzinom korzystania z tzw. koszyków świadczeń. W ramach rozpoczynanego obecnie projektu FERS, w każdym w każdym województwie, ma powstać taka placówka.

W ocenie resortu rodziny konieczne pozostaje również poszerzanie wiedzy na temat konsekwencji i specyfiki wychowania dzieci z FASD wśród rodziców zastępczych, opiekunów dzieci, wychowawców, pedagogów, lekarzy, terapeutów, jak również wszystkich kandydatów na rodziców zastępczych czy adopcyjnych. Należy wskazać, że na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji dostępna jest publikacja „Wsparcie dzieci i młodzieży z FASD oraz ich rodzin”. Niniejsza publikacja skierowana jest zarówno do pracowników systemu oświaty, jak i sektora zdrowia oraz rodziny, pracy i zabezpieczenia społecznego, a także rodziców i innych zainteresowanych. Poradnik autorstwa dr Teresy Jadczak-Szumiło powstał we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Poradnik zawiera informacje dotyczące charakterystyki FAS/FASD, standardów diagnostycznych, zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z FAS/FASD oraz ich sytuacji rodzinnej i społecznej, a także funkcjonowania w edukacji. Informacja na temat publikacji ww. poradnika została przesłana przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej do wszystkich urzędów wojewódzkich, wraz z prośbą o poinformowanie jednostek organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej o niniejszej publikacji.

Wymaga również podkreślenia, że w obowiązującym stanie prawnym system orzekania o niepełnosprawności oraz stopniu niepełnosprawności jest dostosowany do specyfiki orzekania w przypadku różnych schorzeń, w tym orzekania osób cierpiących na FAS/FASD. Wyraźnego podkreślenia wymaga jednak, iż fakt posiadania zdiagnozowanej choroby nie jest tożsamy z kwalifikacją osoby do niepełnosprawności albo określonego stopnia niepełnosprawności. Ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności, albowiem orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia zarówno fizyczne,

psychiczne jak i społeczne aspekty funkcjonowania człowieka. Przyjęte zasady orzekania oznaczają, iż orzekanie o stopniu niepełnosprawności ma charakter kompleksowy. Wystąpienie tylko jednego z elementów np. naruszenia sprawności organizmu (potocznie utożsamianego z chorobą) nie musi zatem oznaczać, że mamy do czynienia z niepełnosprawnością, natomiast intensywność tego czynnika nie wpływa bezpośrednio na ustalony stopień niepełnosprawności, jeżeli w następstwie jego występowania nie dochodzi do istotnych ograniczeń w sferze społecznej lub zawodowej.

Dokonanie w postępowaniu orzeczniczym rozstrzygnięcia w zakresie wydania orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności następuje zgodnie z przepisami, standardami oraz procedurami postępowania określonymi w szczególności w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia. W świetle przepisów ww. ustawy niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia (dzieci) zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku. Natomiast w stosunku do osób, które ukończyły 16 rok życia przepisy ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewidują gradację niepełnosprawności, poprzez określenie jej stopni: znacznego, umiarkowanego i lekkiego, przy czym kwalifikacja do jednego z trzech stopni niepełnosprawności może nastąpić tylko po spełnieniu ustawowych kryteriów kwalifikacji do odpowiedniego stopnia.

Celem kolegialnej oceny orzeczniczej jest ustalenie rzeczywistych ograniczeń funkcjonalnych osoby orzekanej wynikających z naruszenia sprawności organizmu, co pozostaje spójne z biopsychospołecznym modelem orzekania, zakładającym u swoich podstaw holistyczne podejście do osoby orzekanej.

Odzwierciedleniem ograniczeń w pełnieniu ról społecznych jest kwalifikacja do niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, indywidualnie określonych wskazań oraz indywidualnie ustalonego symbolu przyczyny niepełnosprawności. Symbol przyczyny niepełnosprawności zawarty w orzeczeniu o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności odzwierciedla rozpoznanie uszkodzenia lub choroby, która niezależnie od przyczyny jej powstania powoduje zaburzenia funkcji organizmu oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życiowych i aktywności społecznej osoby zainteresowanej lub dziecka. Zgodnie z brzmieniem § 32 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności określa się następujące symbole przyczyny niepełnosprawności:

- 1) 01 - U - upośledzenie umysłowe;
- 2) 02 - P - choroby psychiczne;
- 3) 03 - L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;
- 4) 04 - O - choroby narządu wzroku;
- 5) 05 - R - upośledzenie narządu ruchu;
- 6) 06 - E - epilepsja;
- 7) 07 - S - choroby układu oddechowego i krążenia;
- 8) 08 - T - choroby układu pokarmowego;
- 9) 09 - M - choroby układu moczowo-płciowego;
- 10) 10 - N - choroby neurologiczne;
- 11) 11 - I - inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;
- 12) 12 - C - całościowe zaburzenia rozwojowe.

Zasady orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności dla poszczególnych jednostek chorobowych zawierających się w katalogu dwunastu symboli przyczyn niepełnosprawności są takie same. Należy jednak pamiętać, że nie sama choroba, a skala spowodowanych przez nią ograniczeń w sferze społecznej, tj. konieczność kompensacji tych ograniczeń, udzielania pomocy czy sprawowania opieki oraz ograniczeń w sferze zawodowej, tj. konieczność wykonywania pracy w warunkach chronionych lub na stanowisku przystosowanym przesądza o uznaniu osoby za niepełnosprawną. System wsparcia osób niepełnosprawnych realizowany w oparciu o odrębne regulacje prawne i nie jest związany z faktem rozpoznania konkretnej jednostki chorobowej, ale ze stwierdzeniem niepełnosprawności lub

stopnia niepełnosprawności u osoby orzekanej i określenia odpowiednio wskazań, które stanowią podstawę wsparcia.

Należy również podkreślić, że poszczególne ustawy regulują przyznawanie finansowanych z budżetu państwa świadczeń wypłacanych rodzinom na rzecz dzieci po ich urodzeniu. Każde z tych świadczeń (np. świadczenie wychowawcze 800+ czy zasiłek rodzinny) jest bezpośrednio związane z wychowaniem i opieką nad dzieckiem, a ich celem jest częściowe pokrycie kosztów/wydatków związanych z wychowaniem dziecka. W konsekwencji są to świadczenia wypłacane na dzieci wyłącznie po porodzie. Jednocześnie należy zauważyć, że uzyskanie niektórych świadczeń związanych ściśle z urodzeniem dziecka jest warunkowane pozostawaniem kobiety pod opieką medyczną w trakcie ciąży. W przypadku ubiegania się rodzica o przyznanie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka, jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowego) oraz jednorazowego świadczenia „Za życiem” warunkiem dodatkowym ich otrzymania jest przedstawienie zaświadczenia o pozostawaniu kobiety w ciąży pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży. Ww. rozwiązanie uzależniające prawo do świadczeń związanych z urodzeniem dziecka od podjęcia przez kobietę jak najwcześniejszej profilaktyki pozwala na zwiększenie świadomości zdrowotnej kobiety w ciąży, prawidłowy monitoring ciąży oraz na szybkie podjęcie działań profilaktycznych bądź leczniczych w przypadkach występowania powikłań lub zagrożeń we wczesnej ciąży. Wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. Nr 183, poz. 1234, z późn. zm.).

Poza ww. świadczeniami związanymi z urodzeniem dziecka, rodzice na rzecz dzieci mogą korzystać z powszechnych świadczeń takich jak: świadczenia wychowawczego wypłacanego w ramach programu „Rodzina 800+”, świadczenia z programu „Dobry Start”, świadczeń wypłacanych w ramach programu Aktywny rodzic, jak też ze świadczeń uzależnionych od sytuacji dochodowej wypłacanych z systemu świadczeń rodzinnych oraz świadczeń z funduszu alimentacyjnego.

Należy zauważyć, że przepisy regulujące warunki przyznawania ww. świadczeń przewidują możliwe do zastosowania w nadzwyczajnych, wyjątkowych sytuacjach, mechanizmy zapobiegające marnotrawieniu tych świadczeń lub ich wydatkowaniu niezgodnie z celem (również w sytuacjach związanych z nadużywaniem przez

rodziców alkoholu). W przypadku gdy osoba uprawniona do świadczeń na rzecz dzieci marnotrawi wypłacane jej świadczenia lub wydatkuje je niezgodnie z celem (np. środki ze świadczenia przeznacza na zakup alkoholu), należne osobie świadczenie jest przekazywane odpowiednio przez organ je wypłacający, kierownika ośrodka pomocy społecznej albo dyrektora centrum usług społecznych w całości lub w części w formie rzeczowej lub w formie opłacania usług. W przypadku uzyskania przez organ właściwy wypłacający dane świadczenie na rzecz dziecka, informacji lub sygnałów świadczących o marnotrawieniu świadczenia lub wydatkowania go niezgodnie z przeznaczeniem, w celu ustalenia faktycznej sytuacji danej rodziny, u takiej rodziny może zostać przeprowadzony przez pracownika socjalnego rodzinny wywiad środowiskowy. W sytuacji potwierdzenia faktu marnotrawienia przyznanych rodzicom na rzecz dzieci świadczeń lub wydatkowania ich niezgodnie z celem, organ wypłacający te świadczenia może w każdej, konkretnej, indywidualnej sprawie zamienić ich wypłatę pieniężną na formę niepieniężną właściwą dla danej rodziny.

Mając na uwadze powyższe zapewniam, że resort rodziny dostrzega konieczność wzmacniania działań na rzecz zapobiegania powstawaniu FAS/FASD u dzieci, wsparcia kobiet w ciąży, rodzin oraz dzieci już dotkniętych FAS/FASD. Zauważalna jest potrzeba współpracy między resortami rodziny i zdrowia, w tym również w zakresie pogłębiania wiedzy i doświadczeń w dziedzinie diagnostyki i leczenia FAS i FASD. Resort rodziny zauważa również potrzebę współpracy z resortem edukacji w obszarze zwiększonych potrzeb edukacyjnych oraz emocjonalno-rozwojowych dzieci z FASD i umieszczonych w pieczy zastępczej.

Informuję, że mając na uwadze powagę problemu, niezależnie od już funkcjonujących i wdrażanych rozwiązań, zagadnienia związane z udzielaniem wsparcia udzielanego kobietom w ciąży uzależnionym od alkoholu i profilaktyką oraz pomocą dzieciom obciążonym FAS/FASD nadal pozostają w zainteresowaniu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i są poddawane analizie, pod kątem przygotowywania kolejnych działań.

Z wyrazami szacunku

z up. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Aleksandra Gajewska

Sekretarz Stanu

/-kwalifikowany podpis elektroniczny-/

