

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość) (data)

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

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

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

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

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

telefon kontaktowy

1. **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?\***

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu znacznym

□ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu umiarkowanym

□ TAK w stopniu lekkim

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

1. **W przypadku dzieci do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie   
   o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji   
   i edukacji?\***

□ TAK

□ NIE

1. **Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?\***

□ TAK

**□** NIE

1. **Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2024?**

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

**\***zaznaczyć właściwe

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

data i podpis

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie. Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, czytelny podpis)