

**Zgłoszenie do udziału w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026.**

1. Dane kandydata do udziału w Programie :

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
data urodzenia osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

2. Jaki rodzaj grupy/stopień niepełnosprawności posiada Pani/Pan/dziecko?

- ☐ stopień znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne, przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności)
- ☐ stopień znaczny (w tym orzeczenie równoważne)
- ☐ stopień umiarkowany (w tym orzeczenie równoważne, przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności)
- ☐ stopień umiarkowany (w tym orzeczenie równoważne)
- ☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.

3. Oczekiwana miesięczna liczba godzin usług asystencji osobistej w 2026 r.

4. Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnością samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (np. dzieci mieszkają w innej miejscowości lub za granicą)?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy jest Pani/Pan osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (np. zamieszkuje z inną osobą, która również ma orzeczony stopień niepełnosprawności)?

☐ TAK

☐ NIE

6. Czy jest Pan/Pani/osobą z niepełnosprawnością lub deklaruje udział dla dziecka, które przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej?

☐ TAK

☐ NIE

7. Czy jest Pan/Pani/osobą z niepełnosprawnością lub deklaruje udział dla dziecka, które przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego?

☐ TAK

☐ NIE

8. Czy obecnie korzysta Pan/Pani z innych form wsparcia usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług z Programu „Opieka wytchnieniowa” 2025 lub „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2025?

☐ TAK, jakiego

☐ NIE

9. Jakie występują u Pan/Pani ograniczenia, w zakresie:

☐ komunikowania się:

☐ poruszania się:

☐ Inne (jakie?):

10. Czy w przypadku zakwalifikowania do udziału w Programie wskazuje Pani/Pan osobę do świadczenia usług asystencji osobistej?

a. TAK (Imię i Nazwisko, numer kontaktowy)

b. NIE

.....

.....
miejscowość data

.....

.....
podpis wnioskodawcy

Program finansowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Klauzula informacji (RODO)