

**Zgłoszenie do udziału w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027.**

1. Dane kandydata do udziału w Programie:

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
data urodzenia osoby z niepełnosprawnością

.....
telefon kontaktowy

2. Informacja o niepełnosprawności:

- ☐ 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 z niepełnosprawnością sprzężoną (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 2027 r.

4. 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 uczestnika
wnioskodawcy/opiekuna
prawnego)

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)