Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Deklaracja uczestnictwa w Programie

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023*

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: ……

2. Adres: ……

3. Telefon kontaktowy: ……

4. Data urodzenia: ……

5. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……

6. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)☐,

2) dysfunkcja narządu wzroku☐,

3) zaburzenia psychiczne☐,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym☐,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu☐,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne☐,

II. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

1) czynności samoobsługowe **Tak☐/Nie☐**
2) wypełnianie ról społecznych **Tak☐/Nie☐**
3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania **Tak☐/Nie☐**
4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem **Tak☐/Nie☐**

III. Ile godzin usług asystencji osobistej miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

……

……

(data i podpis)

*Do Deklaracji uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2023 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci w wieku do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.