



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Deklaracja udziału w Programie

"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
edycja 2025.

1. Dane uczestnika Programu:

.....
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

☐ stopień znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności)

☐ stopień umiarkowany

☐ stopień umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności).

☐ 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. Czy obecnie korzysta Pan/Pani z innych form wsparcia: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług z Programu „Opieka wytchnieniowa” 2024? lub „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024?

☐ TAK, jakiego?.....

☐ NIE

5. Oczekiwana dzienna liczba godzin usług asystencji osobistej na roku 2025:

.....

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

☐ komunikowania się:

☐ poruszania się:

☐ Inne (jakie?)

7. Czy jest Pani/Pan osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK

☐ NIE

8. Czy jest Pani/Pan osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK

☐ NIE

9. Czy wskazuje Pani/Pan osobę do świadczenia usług asystencji osobistej?

☐ TAK (Imię i Nazwisko, numer kontaktowy).....

☐ NIE

.....

.....

miejsowość data

podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, telefon oraz informację na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o przyznanie usług asystenta w celu określenia potrzeb mieszkańców Gminy Miasto Ostrów Wielkopolski w związku z realizacją Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a, c Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1, z późn. zm.). Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

.....

.....

miejsowość data

podpis wnioskodawcy