



**Deklaracja 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

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

☐ stopień umiarkowany

☐ 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 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

4. 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 orzeczoną stopień niepełnosprawności)?

☐ TAK

☐ NIE



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

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

☐ TAK

☐ NIE

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

☐ TAK

☐ NIE

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

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

☐ NIE

.....

.....

.....
miejscowość 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 2026, 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

.....

.....

.....
miejscowość data

.....
podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.