

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROGRAMIE “ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO -
EDYCJA 2027**

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi asystenckie w 2027 roku. Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

W przypadku dziecka – imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

II. POSIADANE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę zaznaczyć właściwe:

Osoba dorosła:

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności)
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

Dziecko:

- ☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 orzeczenia, tj. koniecznością stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

III. OCZEKIWANA LICZBA GODZIN USŁUG ASYTENCJI OSOBISTEJ

Deklaruję, chęć korzystania z usług asystenta w wymiarze godzin w miesiącu.

IV. WSKAZANIE ASYSTENTA

Czy w przypadku zakwalifikowania do Programu wskazuje Pan(i) osobę, którą proponuje Pan(i) jako asystenta?

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

☐ NIE

V. POTRZEBY W ZAKRESIE UDZIAŁU W WYDARZENIACH KULTURALNYCH

Czy w przypadku zakwalifikowania do Programu planuje Pan(i) korzystanie ze wsparcia asystenta w kinie, teatrze, muzeum itp.?

☐ TAK

☐ NIE

VI. POTRZEBY W ZAKRESIE WSPARCIA W PRZEMIESZCZANIU SIĘ

Czy w przypadku zakwalifikowania do Programu planuje Pan(i) korzystanie ze wsparcia asystenta w przemieszczaniu się środkami komunikacji publicznej, taksówkami lub samochodem będącym własnością asystenta lub udostępnionym przez osobę trzecią ?

☐ TAK

☐ NIE

Miejscowość, data

.....

(Podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)