



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Fundusz Solidarnościowy

Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2026

(miejscowość)

(data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Posiadane przez Pana/Panią orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu znacznym lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym lub traktowane na równi**

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

**Orzeczenie traktowane na równi oznacza wydane zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną.

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenia o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2026 nie stanowi karty zgłoszenia do Programu.

(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Ślemień w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu terytorialnego– edycja 2026 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

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.

(czytelny podpis)