

Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2027

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej
lub jej przedstawiciela

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej
lub jej przedstawiciela

.....
telefon kontaktowy

1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu (zaznacza osoba powyżej 18 roku życia albo jej opiekun prawny)

- ☐ znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ znacznym lub traktowane na równi**
- ☐ umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ 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 niepełno- sprawnością sprzężoną.

2. Dziecko, którego jestem przedstawicielem ustawowym/prawnym, znajduje się w wieku od ukończenia 16 roku życia do 18 roku życia i posiada orzeczenie w stopniu:

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

3. Dziecko, którego jestem przedstawicielem ustawowym/prawnym, znajduje się w wieku od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia i posiada:

- ☐ orzeczenie 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
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności bez obydwu wskazań wymienionych w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności

4. Czy w przypadku uzyskania wsparcia asystenta* wskaże Pan/i imiennie osobę, która będzie realizować tą usługę (dotyczy wszystkich kategorii wnioskodawców)?**

- ☐ tak
- ☐ nie

***Asystentem nie może być członek rodziny uczestnika za którego w świetle zapisów Programu uznaje się: matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodną siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki małżonka uczestnika oraz siostrę ojca małżonka uczestnika/siostrę matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz siostrę ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), wujka (brata matki małżonka uczestnika oraz brata ojca małżonka uczestnika/brata matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz brata ojca osoby pozostającej

we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzyna, kuzynkę, zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyzna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem. Zaznacza się, że powinowactwo trwa mimo ustania małżeństwa. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytechnieniowej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu.

5. Z kim Pan/Pani obecnie zamieszkuje? (zaznacza osoba powyżej 18 roku życia lub jej opiekun prawny wypowiadający się w jej imieniu)

- ☐ samotnie
☐ z rodziną (np. z rodzicami, dziećmi, współmałżonkiem)
☐ z innymi osobami z którymi wspólnie gospodaruję

6. Czy posiada Pan/Pani krewnych zobowiązanych do alimentacji (np. rodziców, dzieci)?
(zaznacza osoba powyżej 18 roku życia lub jej opiekun prawny wypowiadający się w jej imieniu)

- ☐ tak
☐ nie

Jestem świadomy/a, że niniejszy formularz zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2027 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 Przecław w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu terytorialnego– edycja 2027 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)