

Deklaracja chęci uczestnictwa w Programie
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024

1. Imię i nazwisko osoby, która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

..... .rok urodzenia

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Numer telefonu:

.....

4. Grupa / stopień niepełnosprawności (dotyczy osób powyżej 16 roku życia):

.....

Czy jest to niepełnosprawność sprzężona tzn. czy są min. 2 kody chorobowe?

5. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o 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? (dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

TAK

NIE

6. Czy niepełnosprawność jest sprzężona? (tzn. posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności)

TAK

NIE

7. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

.....

(data)

.....

(Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)