

**Deklaracja zainteresowania uczestnictwem
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

1.
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego, która zgłasza zainteresowanie uczestnictwem
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027:
2.
Adres zamieszkania:
3.
Numer telefonu
4. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności? (dotyczy osób powyżej 16 roku życia):
- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ TAK w stopniu znacznym
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym
- *Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności*
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 dzieci od 2 do 16 roku życia)
- ☐ TAK ☐ NIE
6. Ile godzin usług asystenta miesięcznie będzie Pani/Panu potrzebne?
7. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan asystenta?
- ☐ TAK ☐ NIE

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 2027.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie zainteresowania uczestnictwem w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.
Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

.....

(data)

.....

(Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)