

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**DRUK ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU**

**"ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

.................................................................................

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.................................................................................

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.................................................................................

telefon kontaktowy

**UWAGA!
Informujemy, że wyrażona przez Państwa chęć udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, w ramach prowadzonej diagnozy społecznej, nie jest równoznaczna z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie.**

**1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności? \***

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu znacznym

□ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu umiarkowanym

□ TAK w stopniu lekkim

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej

dwóch przyczyn niepełnosprawności.

**2. W przypadku dzieci od 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia:**

**Czy dziecko 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?\* - o ile dotyczy**

□ TAK □ NIE

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

□ TAK □ NIE

**4. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?**

 …………………………………………………………………………………………………..

**5. Czy przewiduje Pan/Pani uczestnictwo w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, co wiąże się z kosztami zakupu biletów wstępu na w/w wydarzenia? \***

□ TAK □ NIE

**6. Czy przewiduje Pan/Pani wyjazdy poza miejsce zamieszkania własnym środkiem transportu (samochód) lub udostępnionym przez członków rodziny/osobę trzecią, za które będzie Pan/Pani ponosić koszty samodzielnie? \***

□ TAK □ NIE

**7. Czy przewiduje Pan/Pani zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystentów oraz koszty przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami poza miejsce zamieszkania? \***

□ TAK □ NIE

\*zaznaczyć właściwe

........................................................ ........................................................

(miejscowość, data) podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Miasta Orzesze 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 ( Dz. Urz. UE L Nr 119.1).

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)