

.....  
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....  
adres

.....  
telefon kontaktowy

## ZGŁOSZENIE

**do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Urszulin.**

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/ osoby której jestem opiekunem w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027
2. Posiadam orzeczenie :
  - ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*,
  - ☐ o znacznym stopniu,
  - ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*,
  - ☐ o umiarkowanym stopniu albo
  - ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

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

Moje 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

- ☐ TAK
  - ☐ NIE
3. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie - opieka wytchnieniowa?
    - ☐ TAK
    - ☐ NIE
  4. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?
    - ☐ TAK
    - ☐ NIE
  5. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?
    - ☐ TAK
    - ☐ NIE
  6. Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:
    - ☐ komunikowania się: ..... (informacje na temat ograniczeń)
    - ☐ poruszania się: ..... (informacje na temat ograniczeń)
    - ☐ Inne (jakie?) ..... (informacje na temat ograniczeń)
  8. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta?
    - ☐ TAK
    - ☐ NIE

.....  
data i podpis osoby niepełnosprawnej/ opiekuna osoby  
niepełnosprawnej

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 Urszulin, 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 ze zm.).

.....  
data i podpis osoby niepełnosprawnej/ opiekuna osoby  
niepełnosprawnej

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia