

**Deklaracja chęci uczestnictwa  
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2025**

1. ....  
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego , która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

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 2025.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 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)