

.....
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 Ludwin

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 wskazaniem 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?)

7. W przypadku uzyskania wsparcia wskażę osobę Asystenta?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

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 Ludwin, 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)* Rozporządzenia 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 z niepełnosprawnością/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia