

WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi asystenckie w 2027 roku. Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

1. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (UCZESTNIKA)

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia: PESEL:
- Adres zamieszkania:.....
- Telefon kontaktowy:
- E-mail:.....

2. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / FAKTYCZNEGO (wypełnić, jeśli dotyczy)

- Imię i nazwisko opiekuna:
- Telefon kontaktowy:

3. INFORMACJE O POSIADANYM ORZECZENIU (proszę podkreślić właściwe)

- Orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności (lub równorzędne)
- Orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności z **niepełnosprawnością sprzężoną** (np. dwa różne symbole w orzeczeniu)
- Orzeczenie o **umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności (lub równorzędne)
- Orzeczenie o **umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności (lub równorzędne) z **niepełnosprawnością sprzężoną** (np. dwa różne symbole w orzeczeniu)
- Orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy dzieci **od 2 roku życia do 16. roku życia** ze wskazaniem pkt 7 i 8)

4. POTRZEBY W ZAKRESIE USŁUG ASYSTENCKICH

Proszę krótko opisać, w jakich czynnościach codziennych potrzebne jest wsparcie asystenta (np. dojazdy do pracy/szkoły/lekarza, wyjścia do kina/teatru, załatwianie spraw urzędowych):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. PRZEWIDYWANA LICZBA GODZIN WSPARCIA

Deklaruję chęć korzystania z usług asystenta w wymiarze: godzin w miesiącu.

OŚWIADCZENIA I PODPIS

1. Oświadczam, że dane podane w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Do deklaracji dołączam kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / o niepełnosprawności.

.....

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis Uczestnika / Opiekuna prawnego)