

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

ZGŁOSZENIE

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie gminy Trzcińsko-Zdrój

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/osoby której jestem opiekunem prawnym* w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

* niepotrzebne skreślić

2. Jestem:

- ☐ osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą oraz nie korzystam ze wsparcia innych osób,
- ☐ osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, spełniającą warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu, niemającą możliwości wzajemnego wsparcia ani niekorzystającą ze wsparcia innych osób,
- ☐ żadne z powyższych.

3. Posiadam orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi powyżej, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- ☐ nie dotyczy.

¹ przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się wskazanie w orzeczeniu co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności

3.1. 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

4. Liczba godzin** usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w 2027 roku:

.....

** Liczba godzin obowiązująca w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, przypadająca (w danym roku kalendarzowym) na jedną osobę z niepełnosprawnością, wynosi nie więcej niż:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 4) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

5. Czy jest Pani/Pan aktualnie objęta/y wsparciem w formie usług opiekuńczych/usług sąsiedzkich/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie – opieka wytchnieniowa ?

☐ TAK

☐ NIE

6. Czy wymaga Pani/Pan wsparcia przy:

- czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

☐ TAK

☐ NIE

- wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie:

☐ TAK

☐ NIE

- przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

☐ TAK

☐ NIE

- komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumienia i przekazywania informacji:

☐ TAK

☐ NIE

- uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej):

☐ TAK

☐ NIE

7. W przypadku uzyskania wsparcia – wskażę osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

.....
(data i podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, s. 1, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, telefon osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta oraz informacji na temat stanu jej zdrowia w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Trzcińsko-Zdrój, w związku z ogłoszeniem naboru wniosków w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

.....
(data i podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego)