

..... Wojkowice, dnia

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

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

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?(proszę podkreślić właściwe)

- ☐ 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. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta

- ☐ TAK (w przypadku posiadania wiedzy proszę o podanie danych osobowych - imię i nazwisko asystenta.....)
- ☐ NIE

.....

data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej