**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: ………………………………………… E-mail: ………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności: □ znaczny □ umiarkowany**1**)

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………………..

Telefon:…………………………….. E-mail:……………………………….

**III. Wskazuję jako mojego asystenta :** Pana/Panią ……………………………………………………………………

( asystent wypełnia Wniosek zgłoszeniowy asystenta do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020)

**IV. Oświadczenia:**

Oświadczam, że uczęszczam/ nie uczęszczam na zajęcia w Warsztacie Terapii Zajęciowej , Środowiskowym Domu Samopomocy, w Zespole Placówek Specjalnych lub w innych placówkach pobytu dziennego **2),**

jeśli **Tak,**  to gdzie i w jakich godzinach …………………………………………………………………

Oświadczam, że w czasie uczestniczenia w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020 nie będę korzystał/a z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), a także usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………………

..…………………………………………………………………….

**(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)**

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**1**)  do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego

orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**2**) niepotrzebne skreślić

**Uczestnik Programu lub jego opiekun prawny zobowiązani są aktualizować Kartę zgłoszeniado Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnejw każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.**