**Karta zgłoszenia do Programu - Uczestnik**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021**

*Prosimy wypełnić czytelnie - drukowanymi literami* …………………………..
 pieczęć wpływu do PCPR

**I. Dane uczestnika Programu:**

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

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**Właściwe zaznaczyć:**

□ wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie
ze wskazaniami: 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 (należy dołączyć kserokopię dokumentu);

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy dołączyć kserokopię dokumentu);

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie równoważne[[1]](#footnote-1)) do wyżej wymienionego (należy dołączyć kserokopię dokumentu).

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

……………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

……………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

 **II. Wskazuję jako mojego osobistego asystenta**  Pana/Panią …………………………………………………

(asystent wypełnia „Kartę zgłoszenia do Programu – Asystent”)

 **III. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu** (należy dołączyć kopię ustanowienia przez sąd opiekuńczy)**:**

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

Adres zamieszkania opiekuna prawnego uczestnika Programu: …………………………………..…..…

…………………………………………………………………………………………………………..…

telefon: …………………………….. e-mail: ……..……………………………….

**IV. Oświadczenia:**

1. **Oświadczam**, że rodzice lub osoby spokrewnione ze mną (uczestnikiem Programu)
pobierają / nie pobierają (niewłaściwe skreślić) świadczenie pielęgnacyjne, tj. zrezygnowali ze świadczenia pracy.

Miejscowość ……………, data ………… …………………………………………………………………
 (czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

1. **Oświadczam**, że wskazany przeze mnie osobisty asystent Pani/Pan ............................................................ nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Miejscowość ……………, data ………… …………………………………………………………………
 (czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

1. **Oświadczam**, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy): ……………………………………………….……………………………
 (imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

zawartych w niniejszej karcie zgłoszenia dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość ……………, data …………… …………………………………………………………
 (czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

1. **Oświadczam**, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość ……………, data …………… …………………………………………………………
 (czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.*

*……………………………………………………………………………… (czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)*

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

Kwota dofinansowania: 760 645,31 zł

1. ) Zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, 568, 875). [↑](#footnote-ref-1)