



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 równoważne¹⁾ 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:

.....
.....
.....
.....
.....

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).



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)

2. **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)

3. **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)

4. **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)