



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Gmina
Białosławie

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

Diagnoza potrzeb na potrzeby Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

Informujemy, że wyrażona przez Państwa chęć udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, w ramach prowadzonej diagnozy, nie jest równoznaczna z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie.

W przypadku uzyskania przez Gminę informacji o otrzymaniu środków finansowych na realizację Programu, zostanie przeprowadzony nabór kart zgłoszeniowych uczestników.

Zgłaszam chęć udziału swojego/osoby której jestem opiekunem w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK w stopniu znacznym
- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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 w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?

- ☐ TAK
☐ NIE

4. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

- ☐ TAK
☐ NIE

5. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

- ☐ komunikowania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ poruszania się:
(informacje na temat ograniczeń)
- ☐ Inne (jakie?)

4. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2027?

.....

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2027 roku 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 wskazaniami 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Białosłowie w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119.1).

.....
(miejscowość, data)

.....
czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/ opiekun