





.....  
4) W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje? .....

.....  
5) W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?.....

.....  
6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?.....

#### **IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1) Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak**/**Nie**

2) Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:  MOPR/MOPS/MGOPS/GOPS,

prywatnie opłacana osoba,  inne .....

3) czy w dalszym ciągu korzysta Pan(i) z tej pomocy :  **Tak/**  **Nie** Z jakiej pomocy korzysta Pan(i) obecnie ?

#### **V. OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane będą bezpośrednio w miejscu realizacji usług tj. miejscu zamieszkania.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z 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. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.
4. Brak podania wyżej wymienionych danych jest jednoznaczne z rezygnacją z udziału w Programie.

Miejscowość ....., data .....

**\*jeżeli dotyczy**

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

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

.....  
**(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)**

#### **UWAGA:**

*\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16. roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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.*