



Pszów, dnia

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Pszów

Wypełnione zgłoszenie należy dostarczyć do Ośrodka Pomocy Społecznej w Pszowie (pocztą tradycyjną na adres: ul. Księdza Pawła Skawry 48, 44-370 Pszów, elektronicznie na adres kancelaria@opspszow.pl, lub osobiście w siedzibie Ośrodka). Zebranie niniejszych danych ma charakter wyłącznie informacyjny i służy oszacowaniu liczby osób zainteresowanych oraz kosztów realizacji usług asystencji osobistej na rok 2027. Złożenie zgłoszenia w ramach diagnozy potrzeb NIE JEST RÓWNOZNACZNE Z PRZYJĘCIEM DO UDZIAŁU W PROGRAMIE. O zakwalifikowaniu do Programu decyduje odrębna procedura naboru uczestników, przeprowadzana po otrzymaniu przez Gminę środków finansowych na jego realizację, na podstawie karty zgłoszeniowej (zał. nr 7 do Programu).

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

2. Posiadam orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o znacznym stopniu,
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia:

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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. Liczba godzin usług asystenta rocznie niezbędna mi w roku 2027

.....

4. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych / usług obejmujących analogiczne wsparcie - opieka wytchnieniowa?

☐ TAK ☐ NIE

5. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające?

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ komunikowania się:

(informacje na temat ograniczeń)

☐ poruszania się:

(informacje na temat ograniczeń)

☐ inne (jakie?)

8. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę asystenta?

☐ TAK ☐ NIE

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej / opiekuna osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej, w celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Pszów, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia 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, s. 1 ze zm.).

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej / opiekuna osoby niepełnosprawnej