

Żyrzyn, dnia.....

**Zgłoszenie chęci udziału w Programie  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego -edycja 2025**

**I. Dane osoby chętnej do uczestnictwa w Programie:**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Stopień niepełnosprawności i organ wydający orzeczenie.....

6. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona ( – **Tak** / **Nie**  )

7. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? –

**Tak** / **Nie**

8. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? – **Tak** / **Nie**

**II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**

1. Czy wskaże Pan (i) własnego asystenta? **Tak** / **Nie**

2. Wskazanie miesięcznej ilości godzin wsparcia ?

.....

**III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

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

2. Czy w bieżącym roku kalendarzowym (2024) korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? **Tak** / **Nie**

**IV. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że niniejsze zgłoszenie chęci udziału w Programie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.

.....  
(Podpis osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie lub jej opiekuna prawnego)