

**Deklaracja chęci uczestnictwa
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. Imię i nazwisko osoby, która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

……………………………………………………………………............................................
2. Adres zamieszkania:

……………………………………………...................................................………….......………
3. Numer telefonu:

………………..……………….…………………...................................................………….......….
4. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?\* (dotyczy osób powyżej 16 roku życia):

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną (tzn. posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności)

□ TAK w stopniu znacznym

□ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną (tzn. posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności)

□ TAK w stopniu umiarkowanym

□ TAK w stopniu lekkim

1. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o 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? (dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

 ⎕ TAK ⎕ NIE

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

………………………………………………...................................................………….......………

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.
4. Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

……………………………………… ……………………………………..

 (data) (Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)