**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja 2025**

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

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.................................................................................

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.................................................................................

telefon kontaktowy

1. **Proszę o podanie stopnia o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważnego**

□ znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną

□ znaczny

□ umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną

□ umiarkowany

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

1. **W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie 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

1. **Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?**

□ TAK

**□** NIE

1. **Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2025?**

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

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 celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Gilowice w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego– edycja 2025 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

........................................................

miejscowość, data i podpis