

Grodziec, 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 Grodziec

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 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

3. Liczba godzin usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2027.**

.....

Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż**:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;
 - 4) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.
- 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 obecnie korzysta Pan/Pani z usług asystenta osobistego finansowanych z innych źródeł publicznych (np. PFRON, AOON 2026, NGO)?

☐ TAK

☐ NIE

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

☐ TAK

☐ NIE

7. Czy zmaga 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 celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Grodziec, 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)* 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 ze zm.).

.....

**data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia ☺