

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

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

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 2026?**

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

5. **Czy przewiduje Pan/Pani uczestnictwo w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, co wiąże się z kosztami zakupu biletów wstępu na w/w wydarzenia?**

□ TAK

□ NIE

**6. Czy przewiduje Pan/Pani zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystentów oraz koszty przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami poza miejsce zamieszkania?**

□ TAK

□ NIE

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

(miejscowość, data) podpis

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 Korczyna w

związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 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 ( Dz. Urz. UE L Nr 119.1).

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(czytelny podpis)