

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością
.....
adres
.....
telefon kontaktowy

Kowalewo Pomorskie, dnia

ZGŁOSZENIE
do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego– edycja 2027

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 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

- ☐ 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 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.

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 ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?

TAK

NIE

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

TAK

NIE

7. Czy zмага 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

****Usługi asystencji osobistej mogą być świadczone przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny uczestnika, opiekunami prawnymi uczestnika, kuratorami uczestnika, osobami sprawującymi rodzinną pieczę zastępczą nad uczestnikiem (rodzice zastępczy, osoby prowadzące rodzinne domy dziecka) albo osobami faktycznie zamieszkującymi razem z uczestnikiem.**

Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się:

1) matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodną siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki uczestnika oraz siostrę ojca uczestnika), wujka (brata matki uczestnika oraz brata ojca uczestnika), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzynkę (córkę rodzeństwa rodziców uczestnika), kuzyna (syna rodzeństwa rodziców uczestnika), zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma;

2) żonę/męża uczestnika;

3) powinowatych członków rodziny małżonka uczestnika oraz członków rodziny osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem, tj.: matkę, ojca, babkę, dziadka, prababkę, pradziadka, córkę, syna, wnuczkę, wnuka, prawnuczkę, prawnuka, siostrę, brata, przyrodną siostrę, przyrodniego brata, ciotkę (siostrę matki małżonka uczestnika oraz siostrę ojca małżonka uczestnika/siostrę matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz siostrę ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), wujka (brata matki małżonka uczestnika oraz brata ojca małżonka uczestnika/brata matki osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem oraz brata ojca osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z uczestnikiem), siostrzenicę, siostrzeńca, bratanicę, bratanka, kuzyna, kuzynkę, zięcia, synową, małżonków wnuków, małżonków rodzeństwa, macochę, ojczyma.

Powinowactwo trwa mimo ustania małżeństwa;

4) osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z uczestnikiem;

5) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

.....

data i podpis osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

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 Kowalewo Pomorskie, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.)

.....

data i podpis osoby z niepełnosprawnością/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością