



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. **Dotyczy osób powyżej 16 roku życia: posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?***
- w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
 - w stopniu znacznym lub orzeczenie równoważne
 - w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
 - w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie równoważne

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

2. **Dotyczy dzieci do ukończenia 16 roku życia: 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. **Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?***
- TAK
 - NIE

4. **Jaka liczba godzin usług asystenta rocznie jest Pani/Panu niezbędna w 2024 r.?**

.....
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

Uwaga! Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2024 r.

.....
podpis

*zaznaczyć właściwe