

**Zgłoszenie chęci uczestnictwa w Programie**  
**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**  
**– edycja 2024 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego**

Dane osoby, która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie:

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Telefon kontaktowy: .....
4. Grupa/Stopień niepełnosprawności (dotyczy osób powyżej 16 roku życia): .....
5. Czy niepełnosprawność jest sprzężona(tzn. taka gdzie występują co najmniej dwie niepełnosprawności)? (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)  

☐ TAK / ☐ NIE
6. W przypadku dziecka proszę wskazać czy posiada ono orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o 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? (dotyczy osób poniżej 16 roku życia)  

☐ TAK / ☐ NIE
7. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? .....

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

.....  
(data)

.....  
(Podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna prawnego)