

Data wniosku

WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ” dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2025****DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Numer telefonu

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć):

Data orzeczenia oddo.....

Symbole przyczyny niepełnosprawności:.....

Stopień:

a) o stopniu niepełnosprawności:

 znacznym umiarkowanym

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:

 I II III ,c) o całkowitej, o częściowej niezdolności do pracy, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, o niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niepełnosprawności dzieci od ukończenia 2. roku życia do 16-go roku życia.**Na asystenta wskazuję Pana(nią) :**

Imię i nazwisko nr. telefonu

Który/a nie jest: bratem, siostrą, kuzynką, kuzynem, ciotką, wujkiem, bratankiem, siostrzenicą, rodzicami, dziadkami, pradiadkami, prapradziadkami, dziećmi, wnukami, prawnukami, dziećmi przysposobionymi (adoptowane) oraz dzieci uznane za własne, małżonkiem, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**(rodzica osoby małoletniej, kuratora, opiekuna lub pełnomocnika)**

Imię i nazwisko..... Numer telefonu.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL.....

1. Dane dotyczące pełnomocnictwa notarialnego;

• repetytorium nr.....pełnomocnictwo udzielone przez

Notariusza.....z dnia.....

2. Dane dotyczące postanowienia sądu;

• postanowieniem Sądu
z dnia Sygnatura akt:.....

ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG (właściwie zaznaczyć)

1. Pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do: szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia,

zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,

2. Czy porusza się Pan/i:

samodzielnie, z pomocą sprzętów,

nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych,

pomoc w toalecie ubieranie,

przyrządzanie posiłków, spożywanie posiłków,

pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych),.

3. Przenoszenie osoby niepełnosprawnej np.;

z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie odpowiedniego sprzętu pomocniczego (Asystent - kobieta może podnieść osobę bez użycia podnośnika o wadze do 12 kg, a Asystent - mężczyzna do 30 kg),

pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,

pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego. TERMIN USŁUGI (Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi).

.....
Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....

.....

(Data)

(Czytelny podpis)

Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej Załącznik:

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.