

Informacja uzupełniająca do Karty zgłoszenia

UWAGA: poniższy dokument stanowi obowiązkowe uzupełnienie zgłoszenia do objęcia Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, które należy dokonać za pomocą Karty zgłoszenia stanowiącej Załącznik nr 7 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

Imię i nazwisko osoby wnioskującej

Korzystałem/am w poprzednich latach z Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”:

☐ Tak

☐ Nie

Jestem osobą samotnie zamieszkującą/ osobą samotnie wychowującą dziecko/ osobą zamieszkującą wspólnie tylko z osobami z niepełnosprawnością (tak – 3 pkt, nie – 0 pkt):

☐ Tak

☐ Nie

Wskazuję asystenta (tak – 3 pkt, nie – 0 pkt):

☐ Tak

☐ Nie

Imię i nazwisko asystenta oraz telefon kontaktowy:

Uczęszczam na Warsztaty Terapii Zajęciowej i/lub pracuję zawodowo i/lub uczę się w szkole i/lub studiuje i/lub uczęszczam na kursy zawodowe i/lub jestem uczestnikiem dziennych form wsparcia (np. środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy, dzienny dom pobytu oraz inne formy dziennego stacjonarnego wsparcia, do których osoba wnioskująca uczęszcza minimum 3 dni w tygodniu) (tak – 6 pkt, nie – 0 pkt):

☐ Tak

☐ Nie

Należy załączyć dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów. Za dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów nie uznaje się oświadczeń podpisanych przez osoby wnioskujące.

Uczęszczam na terapię i/lub rehabilitację i/lub zorganizowane: zajęcia sportowe, zajęcia kulturalne itp. (tak – 3 pkt, nie – 0 pkt):

☐ Tak

☐ Nie

Należy załączyć dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów. Za dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów nie uznaje się oświadczeń podpisanych przez osoby wnioskujące.

Jak wsparcie przez asystenta wpłynie na funkcjonowanie osoby wnioskującej: samodzielność, niezależność, aktywność (od 0 do 5 pkt):

Data i podpis osoby wnioskującej/opiekuna prawnego