**Deklaracja chęci uczestnictwa w Programie**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego**

**– edycja 2024**

1. Imię i nazwisko osoby, która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

………………………………………………............................................. .rok urodzenia ......…………………………………………

1. Adres zamieszkania:

………………………………………………...................................................………….......………………………………………….

1. Numer telefonu:

………………………………………………...................................................………….......………………………………………….

1. Grupa / stopień niepełnosprawności (dotyczy osób powyżej 16 roku życia):

………………………………………………...................................................………….......………………………………………….

Czy jest to niepełnosprawność sprzężona tzn. czy są min. 2 kody chorobowe? ……………………………………………

1. Czy dziecko posiada 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

1. Czy niepełnosprawność jest sprzężona? (tzn. posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności)

 ⎕ TAK ⎕ NIE

1. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

………………………………………………...................................................………….......………………………………………….

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) 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 jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

……………………………………………………… …………..……….………………………………………………………..

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