



**Wstępna deklaracja uczestnictwa w programie
"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2027**

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi asystenckie w 2027 roku. **Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.**

_____ ,
(miejscowość)

(data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Posiadane przez Pana/Panią orzeczenie o niepełnosprawności?

- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu znacznym lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym lub traktowane na równi**

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

**Orzeczenie traktowane na równi oznacza wydane zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenia o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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. Szacunkowa miesięczna liczba godzin usług asystenta niezbędna Panu/Pani w roku 2027?

- ☐ do 20 godzin
- ☐ do 30 godzin



- ☐ do 40 godzin
- ☐ do 60 godzin
- ☐ do 70 godzin

5. W jakim zakresie wymaga Pan/Pani wsparcia w ramach Programu?

- ☐ wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej,
- ☐ wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i w rodzinie,
- ☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- ☐ wsparcia w komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumieniu i przekazywaniu informacji,
- ☐ wsparcia w uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowaniu aktywności społecznej, edukacyjnej, zdrowotnej lub kulturalnej)

(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Maków Podhalański w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

(czytelny podpis)