……., dnia…….

.....

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego

.....

.....

adres

.....

nr telefonu do kontaktu

Zgłoszenie do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

Osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy zgłoszenie w ww. Programie posiada*:

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności** łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym,
- ☐ orzeczenie równoważne (traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. b i c, *zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*).

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności: …… .

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona***: **Tak** ☐/ **Nie** ☐

.....

podpis osoby z niepełnosprawnością / opiekuna prawnego

** Zaznaczyć właściwe*

*** Dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia*

**** Poprzez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*