

Data wniosku

**WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ” dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO - edycja 2027**

DANE WNIOSKODAWCY:

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia..... PESEL :.....
4. Numer telefonu
5. Posiadane orzeczenie:
 - a) okres ważności orzeczenia od do.....
 - b) symbole przyczyny niepełnosprawności:.....
6. Stopień niepełnosprawności:
☐ znaczny, ☐ umiarkowany, ☐ lekki,
☐ dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności.
7. Czy została wydana decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia: ☐ TAK / ☐ NIE
 - a) ilość przyznanych punktów.....
 - b) data przyznanego świadczenia wspierającego od.....do
8. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą? ☐ TAK / ☐ NIE
9. Czy ma Pan(i) osobę, która na co dzień może udzielić wsparcia ? ☐ TAK / ☐ NIE
10. Czy posiada Pan(i) rodzinę (mąż, żona, dzieci, wnuki, prawnuki)? ☐ TAK / ☐ NIE
11. Czy korzystał(a) Pan(i) z form wsparcia np. :
 - a) usługa opiekuńcza, Tak ☐ / Nie ☐
 - b) specjalistyczna usługa opiekuńcza, Tak ☐ / Nie ☐
 - c) prywatne usługi opiekuńcze, Tak ☐ / Nie ☐
 - d) Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Cieszynie,
Tak ☐ / Nie ☐
 - e) Ośrodek Edukacyjno–Rehabilitacyjno–Wychowawczy dla Dzieci Niepełnosprawnych w Ustroniu,
Tak ☐ / Nie ☐
 - f) Środowiskowy Dom Samopomocy w Ustroniu, Tak ☐ / Nie ☐
 - g) oraz inne formy pomocy (np.rodzina, sąsiad itd.), z których pan(i) korzysta, jeśli TAK to proszę o
wypisanie:.....
12. Czy wskazuje Pan(i) asystenta ? Tak ☐ / Nie ☐
13. Jeżeli TAK, proszę podać jego imię i nazwisko, nr.telefonu.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(rodzica osoby małoletniej, kuratora, opiekuna lub pełnomocnika)

Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL.....

Numer telefonu

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. Czy porusza się Pan(i):

☐ samodzielnie,

☐ z pomocą sprzętów,

☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych.

2. Wsparcie w czynnościach utrzymania higieny osobistej:

☐ 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. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowych:

☐ wyjście na spacer, ☐ wyjście do kina, teatru, restauracji, ☐ załatwianie spraw urzędowych.

4. Jakie trudności, przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania?

.....
.....
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.

UZASADNIENIE WNIOSKU: