

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Ryto

1. **Zgłaszam chęć udziału swojego/osoby której jestem opiekunem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

2. **Posiadam orzeczenie:**

- o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi wyżej, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia:

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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

1. Miesięczna liczba godzin** usług asystenta niezbędna mi w roku 2027:

.....

**Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- . o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- . traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- . o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- . traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- . o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- . traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla:

- . osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- . osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- . dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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.

3. Czy jest Pan(-i) aktualnie objęty(-a) wsparciem w formie usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych/ asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością/ opieki wytchnieniowej?

☐ TAK ☐ NIE

4. Czy ma Pan(-i) przyznane świadczenie wspierające?

☐ TAK ☐ NIE

5. Czy jest Pan(-i) osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK ☐ NIE

6. Czy zmaga się Pan(-i) z ograniczeniami w zakresie:

a. komunikowania się:

.....

(informacje na temat ograniczeń)

b. poruszania się:

.....

(informacje na temat ograniczeń)

c. inne (jakie?)

.....

(informacje na temat ograniczeń)

7. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

.....

data i podpis osoby z niepełnosprawnością

/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, informacje na temat stanu zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta w celu diagnozy potrzeb mieszkańców Gminy Rytro w związku z planowaną realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

.....

data i podpis osoby z niepełnosprawnością

/ opiekuna osoby z niepełnosprawnością