**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu  
 „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ‘’ dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - edycja 2025  
(diagnoza potrzeb)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość) (data)

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko.................................................................................................................

Adres zamieszkania .........................................................................................................

Data urodzenia .................................................. PESEL ..............................................................

Numer telefonu .................................................

**POSIADANE ORZECZENIE** : **\***

□ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu znacznym

□ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną

□ TAK w stopniu umiarkowanym

□ TAK w stopniu lekkim

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

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

**Czy 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. **Czy w przypadku uzyskania wsparcia na asystenta wskazuję Pana(nią) :**

Imię i nazwisko …………………………..……… nr. Telefonu ……………………………

**Który/a nie jest: bratem, siostrą, kuzynką, kuzynem, ciotką, wujkiem, bratankiem, siostrzenicą rodzicami, dziadkami, pradziadkami, prapradziadkami, dziećmi, wnukami, prawnukami, dziećmi przysposobionymi (adoptowane) oraz dzieci uznane za własne, małżonkiem, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem.**

1. **Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2025?**

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

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.**

Zgłoszenia pozwolą adekwatnie ocenić potrzeby mieszkańców gminy Skoczów, w celu złożenia zapotrzebowania na środki finansowe przeznaczone na realizację zadania. **Złożone zgłoszenie nie gwarantuje uczestnictwa w programie.**

**\***zaznaczyć właściwe

........................................................

data i 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 Skoczów w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 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)