**Zgłoszenie chęci udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -
 edycja 2026**

**I. DANE OSOBY CHĘTNEJ DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**
1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......………
2. Adres: …………………………….…...................…….................………..............................................

…………………………………………………………………………………………………..
3. Telefon kontaktowy:

……………………………………..………………………………………………….…………
4. Data urodzenia:

…………………………………...………………………………………………………………
5. Czy dla osoby chętnej do uczestnictwa w Programie ustanowiony został opiekun prawny – Tak ☐ / Nie ☐
Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko …………………………………………………………………………………
6. Grupa/stopień niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………
7. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – Tak ☐ / Nie ☐
8. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? Tak ☐ / Nie ☐
9. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? Tak ☐ / Nie ☐
**II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:**
1. Czy wskaże Pan (i) własnego asystenta? Tak ☐ / Nie ☐
2. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? ……………….…………
**III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**
1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? Tak ☐ / Nie ☐
2. Czy w bieżącym roku kalendarzowym (2025) korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? Tak ☐ / Nie ☐
**IV. OŚWIADCZENIA:**
1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że niniejsze zgłoszenie chęci udziału w Programie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu.

………………………
Miejscowość i data

……………………..……………………………………
(Podpis osoby zgłaszającej chęć udziału w Programie lub jej opiekuna prawnego)