**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)