



Zadanie publiczne finansowane ze środków Solidarnościowego Funduszu
Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnictwa
w Programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2019-2020

Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Stopień niepełnosprawności: ☐ znaczny ☐ umiarkowany*

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

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

II. Diagnoza potrzeb:

W jakim celu potrzebny będzie asystent? (można zaznaczyć kilka)

- ☐ podczas przemieszczania się (np. do przychodni, sklepu itp.)
- ☐ w załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itd.
- ☐ w komunikowaniu się z otoczeniem
- ☐ w tłumaczeniu na język migowy
- ☐ w nauce
- ☐ korzystanie z oferty: edukacyjnej, kulturalnej, sportowej, turystycznej
- ☐ inne- jakie?.....

Z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego Pan/ Pani korzysta?

- ☐ z balkonika
- ☐ z kul
- ☐ z wózka inwalidzkiego
- ☐ z aparatu słuchowego
- ☐ z białej laski
- ☐ z innych (jakich?)



Zadanie publiczne finansowane ze środków Solidarnościowego Funduszu
Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



III. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:.....

E-mail:.....

IV. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ KOORDYNATORA:

Potwierdzam **uprawnienie** do korzystania z usług asystenckich

.....

(Data i podpis koordynatora)

*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.