



.....
(imię i nazwisko zainteresowanego
uczestnictwem w programie)

Nowy Dwór, dnia

.....
(adres)

.....
(numer telefonu)

**Diagnoza potrzeb w zakresie przewidywanego uczestnictwa w Programie „Asystent
osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
-edycja 2026**

UWAGA!

**Informujemy, że wyrażona przez Państwa chęć udziału w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026,
w ramach prowadzonej diagnozy społecznej, nie jest równoznaczna z
zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Programie.**

Zgłaszam zapotrzebowanie na objęcie pomocą w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

**Jednocześnie informuję, że osoba zainteresowana uczestnictwem w ww. programie
posiada:**

- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze sprzężeniem *
- ☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ze sprzężeniem*
- ☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62
ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz
zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 z późn. zm.).

Symbol przyczyny niepełnosprawności zapisany w orzeczeniu o niepełnosprawności
w pkt. II (wszystkie) :.....

Data ważności orzeczenia:



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

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

1. 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?*- o ile dotyczy

☐ TAK

☐ NIE

Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę, która będzie świadczyła usługi asystencji osobistej?

☐ TAK

☐ NIE

Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?

.....

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Nowy Dwór w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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 (Dz. Urz. UE L Nr 119.1).

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.

.....
(podpis)