

Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2027

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZAPOTRZEBOWANIE:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

STATUS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

Posiad Pan/Pani orzeczenie o:

- ☐ znacznym stopniu niepełnosprawności
- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*
- ☐ orzeczenie traktowane na równi (np. orzeczenie ZUS lub KRUS)
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności dziecka z pkt 7 i 8

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

Data ważności orzeczenia:.....

W przypadku dzieci od ukończenia 2 roku życia do 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

INFORMACJA O INNYCH FORMACH WSPARCIA:

1. Czy obecnie korzysta Pan/Pani z usług asystenta osobistego finansowanych z innych źródeł publicznych (np. PFRON, AOON, OW, NGO)?

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy korzysta Pan/Pani z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych finansowanych ze środków publicznych?

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy posiada Pan/Pani decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia wydawaną przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON).?

(Decyzja określa liczbę punktów od 0 do 100, która decyduje o prawie do świadczenia i jego wysokości)

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak to poproszę wskazać liczbę otrzymanych punktów:.....

4. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

☐ TAK

☐ NIE

PLANOWANY ZAKRES POMOCY (można zaznaczyć kilka):

☐ wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej

☐ wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie

☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania

☐ uczestnictwo w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej)

☐ inne (jakie?):.....

SZACUNKOWA LICZBA GODZIN:

Szacunkowa miesięczna liczba godzin usług asystenta niezbędna Panu/Pani w roku 2027

(zgodnie z limitami godzin określonymi w Programie:

.....

Liczba godzin obowiązująca w Programie w roku 2027 r.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż**:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla:

- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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.

POTENCJALNY ASYSTENT:

☐ Posiadam osobę, którą chciał(a)bym wskazać jako mojego asystenta

Imię i nazwisko:.....

Relacja (np. znajomy, sąsiad):.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

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 w celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Dopiewo w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek samorządu terytorialnego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zgoda jest dobrowolna i może zostać cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem.

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia