

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

Radgoszcz, dnia.....

.....

.....
(adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością)

.....
(telefon kontaktowy)

Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach
Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2027,
finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

1. W przypadku osób z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia:

Posiadam / osoba, którą reprezentuję jako przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, posiada orzeczenie*

- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
- ☐ o znacznym stopniu (w tym orzeczenie równoważne)
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne)
- ☐ o umiarkowanym stopniu (w tym orzeczenie równoważne)

*Przez **niepełnosprawność sprzężoną** rozumie się:*

- posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności;
- orzeczenie równoważne rozumie się orzeczenie traktowane na równi z odpowiednim orzeczeniem, np. 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.

Adresatami Programu są również osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności, zachowujące ważność na warunkach określonych w art. 6bb ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2026 r. poz. 884) i w okresie ważności tego orzeczenia.

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

Czy dziecko posiada orzeczenie 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,

*zaznaczyć właściwe

rehabilitacji i edukacji?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Jaka roczna liczba godzin usług asystenta osobistego jest osobie z niepełnosprawnością niezbędna w roku 2027?

.....
Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w 2027 r. wynosi nie więcej niż:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne).*
- 2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne).*
- 3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenie równoważne).*
- 4) 360 godzin rocznie dla:*
 - a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenie równoważne),*
 - b) 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.*

4. Czy w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu wskaże Pani/Pan asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, zwanego dalej „asystentem”?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Czy przewiduje Pan/Pani w 2027 r. uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych itp., wiążących się z koniecznością zakupu biletu wstępu, w których asystent miałby towarzyszyć uczestnikowi Programu?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy przewiduje Pan/Pani w 2027 r. zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej, koszty przejazdu asystenta własnym lub udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu, albo innym środkiem transportu (np. taksówką) dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu zgodnego z Programem?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

*zaznaczyć właściwe

**Złożenie w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Radgoszczy wypełnionego druku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, zwanego dalej „Programem”.
Druk stanowi jedynie narzędzie diagnostyczne, celem złożenia stosownego zapotrzebowania.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz – jeżeli działam jako rodzic, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny – danych osoby, którą reprezentuję, w zakresie podanym w niniejszym druku, w tym danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, wyłącznie w celu przeprowadzenia rozeznania zapotrzebowania mieszkańców Gminy Radgoszcz na wsparcie oraz przygotowania wniosku Gminy w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027. Podstawą przetwarzania danych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO, a danych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności – art. 9 ust. 2 lit. a RODO.

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością
albo rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego
(jeżeli dotyczy)