Załącznik nr 2 do Regulaminu

usług asystencji osobistej dla osób niepełnosprawnych

w Powiecie Bocheńskim (Zarządzenie Nr 13/2021 Dyrektora PCPR w Bochni z dnia 15 czerwca 2021 r.)

……………………..………………….

Znak sprawy PCPR-ON-619-………../21 Pieczęć wpływu do PCPR w Bochni

**Wniosek o usługi asystencji osobistej**

finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 dla mieszkańców Powiatu Bocheńskiego.

…………………………………………..…………

(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

* jednorazowo w dniu ………………….…….
* okresowo od: ………………. do …………………
* potrzebna ilość godzin usługi w miesiącu wynosi: …………………………

Oświadczam, że:

1. akceptuję warunki określone w Regulaminie usług asystencji osobistej dla osób niepełnosprawnych w Powiecie Bocheńskim;
2. aktualnie Beneficjent korzysta\* / nie korzysta\* z usług asystenta w ramach innych programów / projektów;
3. Korzystam\* / nie korzystam\* z:

* usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876),
* z usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub
* z usług obejmujących analogiczne wsparcie, finansowane z innych źródeł;

1. (jeśli dotyczy) do pełnienia funkcji Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej wybieram dla siebie:

…………………………………………………. ………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko Asystentki / Asystenta)

1. wybrany przeze mnie Asystent / Asystentka nie jest członkiem mojej rodziny (patrz art. 3 pkt 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111)), nie jest opiekunem prawnym i faktycznie nie zamieszkuje wraz ze mną, uczestnikiem Programu.

W załączeniu przedkładam:

1. Kartę zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021
2. Orzeczenie o niepełnosprawności

Miejscowość ………………………., data ………………. …………………………………………. (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)



**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

* wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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;
* wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;
* wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

……………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ………………………………………

Telefon:…………………………….. E-mail:………………………………….

**III. 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 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość…………………………., data ………………. ……………………..…………………….

(Podpis uczestnika Programu

/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.