

DRUK ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU "ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ" – EDYCJA 2026

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?*

- ☐ TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK w stopniu znacznym
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ TAK w stopniu umiarkowanym
- ☐ TAK w stopniu lekkim

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

2. W przypadku dzieci od 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, rehabilitacji i edukacji?* - o ile dotyczy

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

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

.....

5. Czy przewiduje Pan/Pani uczestnictwo w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, co wiąże się z kosztami zakupu biletów wstępu na w/w wydarzenia?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

6. Czy przewiduje Pan/Pani zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystentów oraz koszty przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami poza miejsce zamieszkania?

- ☐ TAK
☐ NIE

*zaznaczyć właściwe

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis

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 celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Korczyna w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – 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.

(czytelny podpis)