



Zapotrzebowanie na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2026 dla jednostek samorządu terytorialnego
(zgłoszenie zapotrzebowania nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do Programu)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

1. Jaki rodzaj grupy/stopień niepełnosprawności posiada Pani/Pan/dziecko ?

- ☐ stopień znaczny
- ☐ stopień znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności*)
- ☐ stopień umiarkowany
- ☐ stopień umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności*).
- ☐ dziecko od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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.
- ☐ 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.)

2. Oczekiwana liczba godzin usług asystencji osobistej w roku 2026:

3. Czy jest Pani/Pan osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? ☐ TAK ☐ NIE

4. Czy jest Pani/Pan osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? ☐ TAK ☐ NIE

5. Czy wskazuje Pani/Pan osobę do świadczenia usług asystencji osobistej?
☐ TAK (Imię i Nazwisko, numer kontaktowy)
☐ NIE

.....
data i 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 Samorzodu 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)