****

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020**

**realizowanego przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wieruszowie**

1. **Dane uczestnika Programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROGRAMU |  |
| DATA URODZENIA |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| TELEFON | E-MAIL |
| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |  ZNACZNY  UMIARKOWANY[[1]](#footnote-1) |
| Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się |  |
| Wnioskowany wymiar usług asystenta w miesiącu[[2]](#footnote-2) | **................................................................ godzin zegarowych** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROGRAMU |  |
| TELEFON | E-MAIL |

**i/lub dane osoby do kontaktu (jeśli dotyczy):**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU  |  |
| TELEFON | E-MAIL |

**III. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – wskazany przez uczestnika Programu**

|  |  |
| --- | --- |
|  Osobą wskazaną przeze mnie do świadczenia usług asystenckich jest: | Pan/Pani |
| TELEFON | E-MAIL |

**IV. 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 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

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

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

 (Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

1. Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności [↑](#footnote-ref-1)
2. Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie [↑](#footnote-ref-2)