

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020
realizowanego przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wieruszowie**

I. Dane uczestnika Programu:

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROGRAMU	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON	E-MAIL
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY ¹
Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się	
Wnioskowany wymiar usług asystenta w miesiącu 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

² Limit godzin usług asystenta przypadających na 1 uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie