

DEKLARACJA

**uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027
finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Niniejsza deklaracja służy celom diagnostycznym i szacunkowym w celu ustalenia zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej w 2027 roku w Gminie Kołaczkowo.

1. Dane osoby z niepełnosprawnością

.....

imię i nazwisko osoby, która zgłasza chęć uczestnictwa w Programie

.....

data urodzenia

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu kontaktowego

2. Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej)

.....

imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego w/w osoby

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu kontaktowego

**3. Informacje o orzeczeniu osoby z niepełnowartościowością, chętnej do udziału w Programie
(zaznaczyć właściwe „X”)**

☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, albo orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej

oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, albo traktowane na równi z tym orzeczeniem zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej

oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

☐ o niepełnosprawności dot. dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia, które posiadają 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.

Czy w/w osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie o niepełnosprawności sprzężonej (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności)

☐ TAK ☐ NIE

4. Potrzeby w zakresie usług asystencji osobistej

(Proszę krótko opisać, w jakich czynnościach codziennych potrzebne jest wsparcie asystenta)

.....

.....

.....

.....

Proszę wpisać liczbę potrzebnych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu.....

Oświadczam, że:

1. Deklaruję chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, do którego planuje przystąpić Gmina Kołaczkowo.
2. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.
3. Zostałem/zostałam poinformowany/a o źródłach finansowania Programu.
4. Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia, w tym na potrzeby przeprowadzenia diagnozy dot. wsparcia w formie asystencji osobistej osób z niepełnosprawnością mieszkających na terenie Gminy Kołaczkowo.
5. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

.....

miejsowości i data

.....

podpis uczestnika Programu lub rodzica/opiekuna prawnego

Ważne

Niniejsza deklaracja stanowi narzędzie diagnostyczne. Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne ze zgłoszeniem się do uczestnictwa w Programie. Termin naboru kart zgłoszenia oraz ostateczna kwalifikacja osób odbędzie się po przyznaniu Gminie Kołaczkowo środków z Funduszu Solidarnościowego.