................................................................................. Skrzyszów, dnia ……………………………………….

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.................................................................................

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.................................................................................

telefon kontaktowy

**ZGŁOSZENIE**

**do uczestnictwa w Programie**

**"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

1.Zgłaszam swoje uczestnictwo w Programie **"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

2. **Posiadam orzeczenie :**

□ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną

□ o znacznym stopniu

□ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*

□ o umiarkowanym stopniu albo

□ 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 5 oraz

zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z poźn. zm.).

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

2. **W przypadku dzieci do 16 roku życia:**

Moje dziecko posiada 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?\*

□ TAK

□ NIE

3. **Liczba godzin\* usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2024?**

…………………………………………………………………………………………………..

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla:

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym

stopniu niepełnosprawności,

b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

c) dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie

ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności

4. **W przypadku uzyskania wsparcia wskażę osobę Asystenta?\***

□ TAK

**□** 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 Skrzyszów, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

………………………………………….

(czytelny podpis