

WYPEŁNIA ORGAN
Numer sprawy:
Data wpływu:



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT
KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

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

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia: wiek:
(wiek uczestnika w chwili przystąpienia do programu)

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

Stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany¹

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....

.....

.....

Wnioskuje o objęcie mnie programem usług asystenta w okresie **od** **do** **2020 r.**
(wpisać miesiąc) (wpisać miesiąc)

Wnioskowany wymiar usług asystenta w danym miesiącu²: godzin zegarowych.
(liczba godzin)

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon: E-mail:

III. Zobowiązanie:

Zobowiązuję się do aktualizowania Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” w każdym przypadku zmiany danych w niej zawartych.

IV. Oświadczenia:

Oświadczam, że w czasie uczestniczenia w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 nie będę korzystał/a z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), a także usług, o których mowa w Programach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Opieka wytchnieniowa” oraz „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

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 jednego uczestnika Programu wynosi nie więcej niż 30 godzin miesięcznie

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”.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszeniowej do programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....
(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)