



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

KARTA OCENY

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY OSOBY POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia komisja)
	tak	nie	
1) Osoba z niepełnosprawnością samotnie gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
2) Osoba wspólnie gospodarująca z inną osobą z niepełnosprawnością, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich (w przypadku odpowiedzi na TAK, należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności drugiej osoby z niepełnosprawnością z co najmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności)			
3) Osoba bez zatrudnienia			
4) Osoba wymagająca wsparcia i dojazdu poza miejsce zamieszkania, np. dojazd i asystowanie podczas wizyty u lekarza			
suma			

WYPEŁNIĆ, GDY DOTYCZY DZIECKA OD UKOŃCZENIA 2 ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16 ROKU ŻYCIA

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia komisja)
	tak	nie	
1) Rodzic samotnie wychowujący dziecko			
suma			

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz oświadczam, że podane informacje w Karcie Oceny są zgodne ze stanem faktycznym.

Krapkowiec, dnia.....

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