WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027

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

Złożenie deklaracji nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Programie.

1. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (UCZESTNIKA)

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.....
data urodzenia

.....
telefon kontaktowy

2. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / FAKTYCZNEGO (wypełnić jeśli dotyczy)

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
telefon kontaktowy

3. INFORMACJE O POSIADANYM ORZECZENIU (proszę zaznaczyć właściwe X)

☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**

☐ orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi**

☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub traktowane na równi**

☐ orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi**

3.1. W PRZYPADKU DZIECI OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 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

4. PRZEWIDYWANA LICZBA GODZIN * WSPARCIA W MIESIĄCU**

Deklaruję chęć korzystania z usług asystenta w wymiarze ..... godzin w miesiącu.

5. W PRZYPADKU UZYSKANIA WSPARCIA WSKAŻĘ OSOBĘ ASYSTENTA

□ TAK (imię i nazwisko, telefon kontaktowy do asystenta)

…….....

□ NIE

OŚWIADCZENIA I PODPIS

1. Oświadczam, że dane podane w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Do deklaracji dołączam kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zembrzycach na potrzeby rekrutacji i szacowania zapotrzebowania do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027 - zgodnie z 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).

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej
lub opiekuna osoby niepełnosprawnej (jeżeli dotyczy)

* Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch
przyczyn niepełnosprawności.
** Orzeczenie traktowane na równi oznacza wydane zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
*** 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 od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.