

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 asystenckie w 2027 roku.

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

DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (UCZESTNIKA)

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia: PESEL:
- Adres zamieszkania:
- Telefon kontaktowy: E-mail:.....

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / FAKTYCZNEGO (wypełnić, jeśli dotyczy)

- Imię i nazwisko opiekuna:
- Telefon kontaktowy:
- E-mail:

1. Zgłaszam chęć udziału swojego/osoby której jestem opiekunem prawnym* w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

2. Jestem:

- ☐ osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą oraz nie korzystam ze wsparcia innych osób,
- ☐ osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, spełniającą warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu, niemającą możliwości wzajemnego wsparcia ani niekorzystającą ze wsparcia innych osób,
- ☐ żadne z powyższych.

3. Posiadam orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo

* niepotrzebne skreślić

¹ przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się wskazanie w orzeczeniu co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności

☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi powyżej, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ☐ nie dotyczy.

3.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia – moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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. Liczba godzin** usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w 2027 roku:

.....

** Liczba godzin obowiązująca w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027, przypadająca (w danym roku kalendarzowym) na jedną osobę z niepełnosprawnością, 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 wskazaniem 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.

5. Czy jest Pani/Pan aktualnie objęta/y wsparciem w formie usług opiekuńczych/usług sąsiedzkich/specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie – opieka wytchnieniowa?

☐ TAK ☐ NIE

6. Czy wymaga Pani/Pan wsparcia przy:

- czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:

☐ TAK ☐ NIE

- wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie:

☐ TAK ☐ NIE

- przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

☐ TAK ☐ NIE

- komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumienia i przekazywania informacji:

☐ TAK ☐ NIE

- uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowanie aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej):

☐ TAK ☐ NIE

7. W przypadku uzyskania wsparcia – wskażę osobę Asystenta?

☐ TAK ☐ NIE

.....
(data i podpis osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego)

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia