



DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2027

1. Dane osoby zainteresowanej udziałem w Programie.

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Data urodzenia:

.....

2. Jaki posiada Pan/Pani stopień niepełnosprawności?

☐ stopień znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną*

☐ stopień znaczny

☐ stopień umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną*

☐ stopień umiarkowany

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

3. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniami określonymi w pkt 7 i 8 w orzeczeniu? (dotyczy dzieci od 2. do ukończenia 16. roku życia)

☐ Tak

☐ Nie

4. Ile godzin usług asystenta miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne?

5. Czy obecnie korzysta Pan/Pani z innych form wsparcia: usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych lub usług finansowanych ze środków Funduszu lub Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych?

☐ Tak, jakiego?

☐ Nie



6. Wskazuję poniżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji mojego asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027.

Dane kandydata na asystenta osobistego:

Imię i nazwisko asystenta:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

7. OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że jestem zainteresowany/a korzystaniem z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027.
- Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza deklaracja służy **wyłącznie rozeznaniu potrzeb mieszkańców oraz planowaniu realizacji Programu AOON na rok 2027.**
- Złożenie deklaracji **nie stanowi wniosku o przyznanie usług asystencji osobistej, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Programu ani nie gwarantuje przyznania usług.**
- Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty jest osobą pełnoletnią, która nie jest członkiem mojej rodziny (część IV ust. 5 Programu), moim opiekunem prawnym, kuratorem, osobą sprawującą nadę mną rodzinną pieczę zastępczą (rodzicem zastępczym lub osobą prowadzącą rodzinny dom dziecka) ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.
- Asystentem nie jest osoba będącą uczestnikiem programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zwanego dalej „Ministrem”, finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej lub opieki wychowawczej.
- Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

miejscowość, data

.....

podpis wnioskodawcy