

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/opiekuna prawnego

.....
.....
adres

.....
nr telefonu do kontaktu

**Zgłoszenie do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

Osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy zgłoszenie w ww. Programie posiada*:

- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności** łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym,
- ☐ orzeczenie równoważne (traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. b i c, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności:

Czy występuje niepełnosprawność sprzężona***: **Tak** ☐/ **Nie** ☐

.....
podpis osoby z niepełnosprawnością /
opiekuna prawnego

* Zaznaczyć właściwe

** Dotyczy dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia

*** Poprzez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności