Załącznik nr 1 do Regulamin Organizacji Programu Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

-edycja 2021

**Karta zgłoszenia do Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021\***

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**□** wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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;

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;

□ wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

**Informacje dot. ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

……………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ………………………………………

Telefon:…………………………….. E-mail:……………………………….

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

………………………………………………….

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

…………………………………………………. Załącznik nr 2 do Regulamin *………………………………………….*  Organizacji Programu Asystent Osobisty imię i nazwisko , adres zamieszkania Osoby Niepełnosprawnej

-edycja 2021

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że na dzień złożenia Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”– edycja 2021 do Gminy Brzozów:

1**. korzystam\nie korzystam\* z:**  (zaznacz X przy właściwym)

**□** usługi opiekuńczej lub specjalistycznej usługi opiekuńczej, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876),

□ usługi finansowanej w ramach Funduszu Solidarnościowego lub

□ usługi obejmującej analogiczne wsparcie jak w ramach Programu asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej finansowane z innych źródeł

w liczbie godzin …………………………………………/ na m-c,

w dniach ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

godzinach…………………………………………………………………………………………………………………………………………

2.**jest \ nie jest\*** pobierane świadczenie pielęgnacyjne z tytułu sprawowania opieki przez rodziców/opiekunów

W przypadku zmiany powyżej przedstawionej informacji zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Urząd Miejski w Brzozowie, Wydział Spraw Społecznych; tel. 13 43 410 50, e-mail: [um\_brzozow@brzozow.pl](mailto:um_brzozow@brzozow.pl),  najpóźniej kolejnego dnia po dniu zaistnieniu zmiany.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233  §  1  Kodeksu karnego „*Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”*

………………………………………………………………..

data i czytelny podpis

\*niepotrzebne skreślić

................................................................... Załącznik nr 3 do

………………………………………………………………. Regulaminu Organizacji Imię i nazwisko, adres zamieszkania uczestnika programu Programu Asystent osobisty

-edycja 2021

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a w związku z ubieganiem się o przyjęcia do Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej edycja 2021, proponuję na mojego asystenta:

………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, adres zamieszkania kandydata na asystenta)

Proponowana osoba nie jest moim członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkująca razem ze mną.

…………………………………………………………..

(data, podpis Uczestnika Programu/opiekuna /rodzica)