



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

..... ,

(miejsowość) (data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Dotyczy osób powyżej 16 roku życia: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności?*

- w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- w stopniu znacznym lub orzeczenie równoważne
- w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie równoważne

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

2. Dotyczy dzieci do ukończenia 16 roku życia: 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

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?*

- TAK
- NIE

4. Jaka liczba godzin usług asystenta rocznie jest Pani/Panu niezbędna w 2025 r.?

.....
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Uwaga! Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2025 r.

.....
podpis

*zaznaczyć właściwe