Piaseczno, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

KWESTIONARIUSZ
W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024 W POWIECIE PIASECZYŃSKIM

W związku z ubieganiem się o przyjęcie do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządek Terytorialnego – edycja 2024, oświadczam, iż *(proszę o zaznaczenie wszystkich właściwych)*:

[ ]  jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej;

[ ]  jestem uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy;

[ ]  jestem seniorem i korzystam z dziennego domu opieki;

[ ]  jestem uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządek Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie……………………………………..;

[ ]  jestem uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych − edycja 2024 w Fundacji/Stowarzyszeniu………………………………….;

[ ]  jestem objęty/a wsparciem w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 (mój opiekun jest uczestnikiem Programu);

[ ]  jestem osobą samotnie gospodarującą i nie mogę korzystać ze wsparcia bliskich;

[ ]  prowadzę gospodarstwo domowe wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością lub osobą, która ze względu na wiek i inne ograniczenia zdrowotne nie może zapewnić mi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

[ ]  nie wskazuję asystenta;

[ ]  wskazuję asystenta ……………………………………………………………………… (imię i nazwisko), dane kontaktowe …………………………………………………………………………… (e-mail, telefon). Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym i nie zamieszkuje razem ze mną oraz jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządek Terytorialnego – edycja 2024 oraz Regulaminem naboru i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Powiecie Piaseczyńskim.

|  |
| --- |
| Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |