

- DIAGNOZA -

miejsowość

data

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

telefon kontaktowy

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?*

- ☐ TAK w stopniu znacznym, ☐ TAK znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną,
☐ TAK w stopniu umiarkowanym, ☐ TAK umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną,
☐ TAK traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi wyżej zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
(Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności).

2. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia: Czy 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*?

Asystentem nie może być członek rodziny uczestnika, za którego uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem. Asystentem nie może być osoba będąca uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków Funduszu dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytnieniowej ani osoba, która jest opiekunem prawnym uczestnika Programu

- TAK

4. Czy w przypadku uzyskania wsparcia zakładacz wyjazd z Asystentem np. na imprezy o charakterze sportowym, rekreacyjnym, kulturalnym itp. ☐ TAK / ☐ NIE

5. Sytuacja rodzinna*

- a) jestem osobą z niepełnosprawnością samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób ☐ TAK / ☐ NIE

- b)** jestem osobą z niepełnosprawnością, która wspólnie zamieszkuje i gospodaruje, jednocześnie spełnia warunki, o których mowa w części III ust. 2 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2027 i nie mająca możliwości wzajemnego wsparcia, ani która nie korzysta ze wsparcia innych osób; ☐ TAK / ☐ NIE

- c) jestem osobą z niepełnosprawnością, która przebywa w pieczy zastępczej, ☐ TAK / ☐ NIE**

- d) jestem osobą z niepełnosprawnością, która przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej
☐ TAK / ☐ NIE

1. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2027?

.....

*zaznaczyć właściwe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat sytuacji rodzinnej i stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Brenna w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L Nr 119, s.

*) Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofa.

Złożenie druku zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału. Zgłoszenie służy wyłącznie rozpoznaniu i diagnozie potrzeb w zakresie usług asystencji osobistej.

.....
(data i czytelny podpis)