Data wniosku .....

WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ '' dla JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO-edycja 2026

DANE WNIOSKODAWCY:

1. Imię i nazwisko……
2. Adres zamieszkania .....
3. Data urodzenia..... PESEL :.....
4. Numer telefonu .....
5. Posiadane orzeczenie:
   a) okres ważności orzeczenia od ……do…….
   b) symbole przyczyny niepełnosprawności:……
6. Stopień niepełnosprawności:

☐ znaczny, ☐ umiarkowany, ☐lekki,

☐ dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności.

7. Czy została wydana decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia: ☐ **TAK / ☐ NIE**
   a) ilość przyznanych punktów…….
   b) data przyznanego świadczenia wspierającego od……..do ……..

8. Czy jest Pan(i) osobą samotnie zamieszkującą? ☐ **TAK / ☐ NIE**

9. Czy ma Pan(i) osobę, która na co dzień może udzielić wsparcia ? ☐ **TAK / ☐ NIE**

10. Czy posiada Pan(i) rodzinę (mąż, żona, dzieci, wnuki, prawnuki)? ☐ **TAK / ☐ NIE**
11. Czy korzystał(a) Pan(i) z form wsparcia np. :
    a) usługa opiekuńcza, **Tak ☐ / Nie ☐**
    b) specjalistyczna usługa opiekuńcza, **Tak ☐ / Nie ☐**
    c) prywatne usługi opiekuńcze, **Tak ☐ / Nie ☐**
    d) Dzienny Ośrodek Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Cieszynie, **Tak ☐ / Nie ☐**
    e) Ośrodek Edukacyjno–Rehabilitacyjno–Wychowawczy dla Dzieci Niepełnosprawnych w Ustroniu, **Tak ☐ / Nie ☐**
    f) Środowiskowy Dom Samopomocy w Ustroniu, **Tak ☐ / Nie ☐**
    g) oraz inne formy pomocy (np.rodzina, sąsiad itd.), z których pan(i) korzysta, jeśli **TAK** to proszę o wypisanie:……
12. Czy wskazuje Pan(i) asystenta ? **Tak ☐ / Nie ☐**
13. Jeżeli **TAK,** proszę podać jego imię i nazwisko, nr.telefonu……..

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
(rodzica osoby małoletniej, kuratora, opiekuna lub pełnomocnika)

Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania .....
Data urodzenia ..... PESEL.....
Numer telefonu .....

1.Dane dotyczące pełnomocnictwa notarialnego;
• repetytorium nr……pełnomocnictwo udzielone przez
Notariusza……z dnia……..
2.Dane dotyczące postanowienia sądu;
•postanowieniem Sądu ……
z dnia ..... Sygnatura akt:……..

ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG (właściwe zaznaczyć**)**
1**.** Czy porusza się Pan(i):

☐ samodzielnie, ☐ z pomocą sprzętów,

☐ nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych.
2. Wsparcie w czynnościach utrzymania higieny osobistej:

☐ pomoc w toalecie, ☐ ubieranie, ☐ przyrządzanie posiłków, ☐ spożywanie posiłków,

☐ pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych).
3. Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowych:

☐ wyjście na spacer, ☐ wyjście do kina, teatru, restauracji, ☐ załatwianie spraw urzędowych.
4. Jakie trudności, przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania?

.....
……

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

…….. ……
(Data) (Czytelny podpis)

Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej Załącznik:
Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

UZASADNIENIE WNIOSKU:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……