

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością
.....
adres
.....
telefon kontaktowy

Krupski Młyn, dnia

KARTA INFORMACYJNA

dotycząca prowadzonej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Krupski Młyn w związku z planowanym przystąpieniem do realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

1. Zgłaszam chęć udziału w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027

2. Posiadam orzeczenie :

- ☐ znaczny stopień z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ znaczny stopień,
- ☐ umiarkowany stopień z niepełnosprawnością sprzężoną¹,
- ☐ umiarkowany stopień,
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami 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,
- ☐ nie posiadam orzeczenia.....

3. Korzystam ze wsparciem w formie:

- usług opiekuńczych ☐tak ☐nie
- opieka wytchnieniowa ☐tak ☐nie
- inne, jakie

4. Mam przyznane świadczenie wspierające:

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ oczekuję na decyzję

5. Jestem osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

- ☐ tak
- ☐ nie

6. Chcę wskazać asystenta:

- ☐ tak
(imię i nazwisko, nr telefonu)
- ☐ nie

.....
data i podpis osoby niepełnosprawnej/ opiekuna

¹Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.