................................................................................. Skrzyszów, dnia ……………………………………….

imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.................................................................................

adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością

.................................................................................

telefon kontaktowy

**ZGŁOSZENIE**

**do uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2026**

1. Zgłaszam swoje/osoby której jestem opiekunem uczestnictwo w Programie **"Asystent osobisty osoby  
 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

2. **Posiadam orzeczenie :**

□ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*,

□ o znacznym stopniu,

□ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną\*,

□ o umiarkowanym stopniu albo

□ 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 (Dz. U.   
z 2024 r. poz. 44 i 858).

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

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

Moje dziecko posiada 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?

□ TAK

□ NIE

3. **Liczba godzin\*\* usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2026?**

…………………………………………………………………………………………………..

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż\*\*:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla:

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem   
o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

4. **W przypadku uzyskania wsparcia wskażę osobę Asystenta?**

□ TAK

**□** NIE

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

opiekuna osoby niepełnosprawnej

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 stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Skrzyszów,   
w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

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

opiekuna osoby niepełnosprawnej