

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „ASYSTENCJA OSOBISTA DLA NIEZALEŻNOŚCI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”

Nazwisko i imię _____

PESEL _____

Adres zamieszkania _____

Telefon i/ lub e-mail _____

Stopień niepełnosprawności umiarkowany znaczny

Rodzaj niepełnosprawności 01-U 02-P 03-R 04-O 05-R 06-E
 07-S 08-T 09-M 10-N 11-I 12-C

Data ważności orzeczenia _____

Ilość postulowanych godzin do 10 11 - 15 16 - 20

usług średnio w miesiącu 21 - 25 26 - 30 powyżej 30

zaznacz wnioskowaną liczbę godzin usług asystenckich średnio w miesiącu

Wnioskowany zakres/rodzaj usług asystenckich (zaznacz wszystkie właściwe):

- towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robienia zakupów, zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji
- pomoc w przemieszczaniu się np. do miejsc rehabilitacji, terapii, leczenia, nauki, kultu religijnego itp.
- inne, jakie? _____

Uczestniczę w:

WTZ TAK NIE

ŚDS TAK NIE

Innej placówce finansowanej ze środków publicznych TAK NIE

jeśli tak, proszę podać nazwę _____

Uzasadnij potrzebę realizacji usług - opisz bariery utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie:

Osoba ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)

Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia/opiekuna prawnego