



**Diagnoza potrzeb na wsparcie w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2027 dla mieszkańców GMINY LIPIE**

.....
(miejscowość) (data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Dotyczy osób powyżej 16 roku życia: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności?*

- ☐ w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie równoważne
- ☐ w stopniu znacznym lub orzeczenie równoważne
- ☐ w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną lub orzeczenie równoważne
- ☐ w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie równoważne

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

2. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Dotyczy dzieci od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia: 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

4. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?*

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Jaka liczba godzin usług asystenta rocznie jest Pani/Panu niezbędna w 2027 r.?

.....

6. W jakim zakresie wymaga Pan/Pani wsparcia w ramach Programu?

- ☐ wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej,
 - ☐ wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie,
 - ☐ wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania,
- (proszę o krótkie rozwinięcie poprzez wskazania miejsca, częstotliwości, środka komunikacji lub celu.....)

☐ wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.
(proszę o krótkie rozwinięcie poprzez wskazania miejsca, częstotliwości, środka komunikacji
lub celu.....)
.....)

**Uwaga! Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia
wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2027 r.**

*zaznaczyć właściwe

.....
(czytelny podpis)

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 w celu oszacowania potrzeb mieszkańców GMINY LIPIE 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).

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 wycofaniem.

.....
(czytelny podpis)

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja
2027 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej.**