

DEKLARACJA

uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

Imię i nazwisko uczestnika / opiekuna prawnego

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

Deklaruję chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, do którego planuje przystąpić Gmina Zawiercie.

Oświadczam, że: */*właściwe zakreślić/*

- jestem osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną*** - (**przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*)
- jestem osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,**
- jestem osobą posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną*** - (**przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*)
- jestem osobą posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**
- jestem rodzicem / opiekunem prawnym dziecka w wieku 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 – konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z wytycznymi programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
2. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
3. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia, w tym na potrzeby wstępnej rekrutacji w Programie.

....., dniar.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)