

FORMULARZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY POTRZEB
w zakresie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2027

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

1. Dane osoby zainteresowanej wsparciem

Imię i nazwisko:

Miejscowość zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Wiek:

2. Czy posiada Pan(i) orzeczenie o niepełnosprawności?

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia, w którym wskazano co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności

- ☐ NIE
- ☐ TAK, w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną (osoba dorosła)*
- ☐ TAK, w stopniu znacznym (osoba dorosła)*
- ☐ TAK, w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną (osoba dorosła)**
- ☐ TAK, w stopniu umiarkowanym (osoba dorosła)**
- ☐ TAK, (w przypadku dziecka od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16. roku życia)

* **znacznym stopniu niepełnosprawności - oznacza to:**

- a) niepełnosprawność w stopniu znacznym w rozumieniu [przepisów](#) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- b) całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie [przepisów](#) o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- c) stałą albo długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji albo trwałą lub okresową całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i do samodzielnej egzystencji, orzeczoną na podstawie [przepisów](#) o ubezpieczeniu społecznym rolników w celu uzyskania świadczeń określonych w tych [przepisach](#),
- d) posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do I grupy inwalidów,
- e) niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeczoną na podstawie [przepisów](#) o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub [przepisów](#) o ubezpieczeniu społecznym rolników;

** **niepełnosprawność w umiarkowanym stopniu oznacza to:**

- niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym w rozumieniu [przepisów](#) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- całkowitą niezdolność do pracy orzeczoną na podstawie [przepisów](#) o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- posiadanie orzeczenia o zaliczeniu do II grupy inwalidów;

3. Zamieszkuję i gospodaruję samotnie i nie korzystam ze wsparcia innych osób?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

4. Wspólnie zamieszkuję i gospodaruję z inną osobą z niepełnosprawnością i nie mamy możliwości wzajemnego wspierania się oraz nie korzystamy ze wsparcia innych osób?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Przebywam w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Przebywam w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim? *

- ☐ TAK
☐ NIE

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

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? - o ile dotyczy

- ☐ TAK
☐ NIE
☐ NIE DOTYCZY

2. Czy wskaże Pan(i) osobę proponowaną na asystenta?

- ☐ TAK
☐ NIE

3. Oczekiwana liczba godzin usług asystencji osobistej miesięcznie w roku 2027?

.....

Uczestnicy otrzymują wsparcie asystenta osobistego w wymiarze:

- **Limit do 840 godzin**, dla młodzieży od ukończenia 16. roku życia lub osoby dorosłej posiadających orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną** (w tym orzeczenia równoważne)
- **Limit do 720 godzin**, dla młodzieży od ukończenia 16. roku życia lub osoby dorosłej posiadających orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności** (w tym orzeczenia równoważne)
- Limit do 360 godzin dla dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami określonymi w pkt 7 i 8 w orzeczeniu

OŚWIADCZAM ŻE:

przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027, nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie.

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 Złotoryja, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 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 LNr 119, s. 1 ze zm.).

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis osoby zgłaszającej się lub jej opiekuna osoby niepełnosprawnej)

☐ zgłoszono telefonicznie

.....

(imię i nazwisko osoby zgłaszającej się lub opiekuna osoby niepełnosprawnej)