

NR KARTY.....

NAZWA ORGANIZACJI ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ

.....

**Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2020**

**OKRES PRYZNANIA USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Ilość godzin w miesiącu ( godziny nie wykorzystane w danym miesiącu nie przechodzą na następny)

III..... IV..... V..... VI..... VII..... VIII..... IX..... X..... XI..... XII.....

Łączna ilość godzin w 2020r. ....

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Stopień niepełnosprawności:  znaczny  umiarkowany  całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji  całkowita niezdolność do pracy\*

Ważność orzeczenia.....

Czy są przyznane usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, opieka wytchnieniowa, usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych

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

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się

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

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy, zaświadczenie o opiece prawnej do wglądu):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: .....

Telefon:.....

E-mail:.....

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (a w szczególności z tym, że Program jest przeznaczony dla osób pełnoletnich, miesięczne do wykorzystania jest 30h , godziny nie wykorzystane w danym miesiącu nie przechodzą na następny miesiąc, program realizowany jest w 2020r.)

Miejscowość ....., data .....

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich**

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie - MOOPS)

\*Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.