



**Oświadczenie do karty zgłoszenia do programu
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

wniosek dotyczy osoby do 16 roku życia posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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;

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenie o stopieniu niepełnosprawności: znacznym/umiarkowanym;¹

wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej posiadającej orzeczenia równoważne do wyżej wskazanych.

II. Imię i nazwisko osoby, która ma świadczyć usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, wskazanej przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego :

Telefon:.....

E-mail:.....



Ministerstwo Pracy
i Polityki Społecznej

III. Deklarowana liczba godzin wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

Proszę o udzielenie mi wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w wymiarze godzin rocznie.

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na 1 uczestnika wynosi nie więcej niż:

- 1) 840 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;
- 2) 720 godzin rocznie dla osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) 360 godzin rocznie dla:
 - a) osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - b) dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: 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.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)¹

**Źródłem finansowania Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”
- edycja 2022
są środki z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.**

¹ Niepotrzebne skreślić.