



Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2020
realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Karta zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2019- 2020

I. Dane uczestnika Programu:

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Stopień niepełnosprawności: znaczny umiarkowany*

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

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

Inne ważne informacje (szczególna sytuacja losowa, stan zdrowia, przyjmowane leki, itp.)

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

Aktywność zawodowa uczestnika Programu: dotyczy nie dotyczy

Gospodarstwo domowe uczestnika Programu: samodzielne wspólne (liczba osób

Aktywność zawodowa osób zamieszkujących z uczestnikiem Programu**:

dotyczy (liczba osób) nie dotyczy

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu w gospodarstwie domowym uczestnika Programuzł

II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Telefon:.....

E-mail:.....

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

** Wypełnić tylko w przypadku zaznaczenia wspólnego gospodarstwa.

<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Składowa 3 59-300 Lubin</p>	<p>E-mail: pcpr@powiat-lubin.pl Website: www.pcpr.powiat-lubin.pl NIP: 692-21-69-532</p>	<p>Tel. 76 847 96 91 Fax. 76 847 96 91 REGON: 390690092</p>
--	--	---



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

POWIAT LUBIŃSKI



Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2020
realizowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

III. Dane asystenta

Czy wskazuje Pan/Pani asystenta osobistego spełniającego kryteria Programu?***

TAK NIE

IV. Planowany termin i ilość godzin

Lp.	Data realizacji usługi m-c	Wymiar godzin (max 30 godzin miesięcznie)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
10.		
Razem		

V. 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 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” oraz je akceptuję.

Miejscowość, data

.....
(Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....
(Czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

*** Właściwe zaznaczyć.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Składowa 3 59-300 Lubin	E-mail: pcpr@powiat-lubin.pl Website: www.pcpr.powiat-lubin.pl NIP: 692-21-69-532	Tel. 76 847 96 91 Fax. 76 847 96 91 REGON: 390690092
---	---	--