

Piaseczno, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

KWESTIONARIUSZ

W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024 W POWIECIE PIASECZYŃSKIM

W związku z ubieganiem się o przyjęcie do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządów Terytorialnego – edycja 2024, oświadczam, iż (*proszę o zaznaczenie wszystkich właściwych*):

- jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej;
- jestem uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy;
- jestem seniorem i korzystam z dziennego domu opieki;
- jestem uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządów Terytorialnego – edycja 2024 w Gminie.....;
- jestem uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 w Fundacji/Stowarzyszeniu.....;
- jestem objęty/a wsparciem w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 (mój opiekun jest uczestnikiem Programu);
- jestem osobą samotnie gospodarującą i nie mogę korzystać ze wsparcia bliskich;
- prowadzę gospodarstwo domowe wspólnie z inną osobą z niepełnosprawnością lub osobą, która ze względu na wiek i inne ograniczenia zdrowotne nie może zapewnić mi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- nie wskazuję asystenta;
- wskazuję asystenta (imię i nazwisko), dane kontaktowe (e-mail, telefon). Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym i nie zamieszkuje razem ze mną oraz jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządek Terytorialnego – edycja 2024 oraz Regulaminem naboru i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w Powiecie Piaseczyńskim.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego
uczestnika Programu