



.....  
*Imię i nazwisko uczestnika Programu*

KOŃSKOWOLA, dnia.....r.

.....  
*Adres*

.....  
*Telefon*

### DEKLARACJA

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w ilości:

- 840 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- 720 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 480 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną
- 360 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 360 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem rodzicem / opiekunem prawnym dziecka 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 współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

.....  
*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*

**Ankieta**  
**rozeznanie potrzeb na usługi w ramach**  
**Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

**1. Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej?**

- TAK
- NIE

**2. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem gminy Końskowola?**

- TAK
- NIE

**3. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?**

- TAK w stopniu umiarkowanym lub innym traktowanym na równi,
- TAK w stopniu znacznym lub innym traktowanym na równi,
- NIE

**4. W przypadku dzieci do 16 roku życia:**

Czy dziecko posiada 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?

- TAK
- NIE

**5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/usług obejmujących analogiczne wsparcie?**

- TAK
- NIE

**6. Czy zmaga się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:**

- komunikowania się: .....(informacje na temat ograniczeń)
- poruszania się: .....(informacje na temat ograniczeń)
- Inne (jakie?) .....

**7. Jaka ilość godzin usług asystenta miesięcznie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/a oraz w jakich godzinach miałyby być świadczone usługi?**

Liczba godzin w miesiącu ....., w godz. od ..... do .....

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**