……………………………... Końskowola, dnia……………………r.

*Imię i nazwisko uczestnika Programu*

……………………………...

 *Adres*

………………………………

………………………………

  *Telefon*

**DEKLARACJA**

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi usług w ramach Programu **„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” –** **edycja 2024** w ilości:

* **840 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

* **720 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,

 b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

* **480 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

 b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

* **360 godzin rocznie dla:**

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

 c) dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności – 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.

……………………………………………

 *Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*

**Ankieta**

**rozeznanie potrzeb na usługi w ramach**

**Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

**1. Czy Pan/Pani jest zainteresowany/a skorzystaniem z usług asystencji osobistej?**

□ 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 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?

□ TAK

□ NIE

**5. Czy jest Pan/Pani aktualnie objęty/a wsparciem w formie usług opiekuńczych /specjalistycznych usług opiekuńczych/usług, opieka wytchnieniowa - 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?) .......................................................................................….

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety!**