

Chorzele, dnia.....

.....
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
opiekuna osoby z niepełnosprawnością

.....
Adres

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE

do uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Chorzele

1. Wyrażam chęć uczestnictwa w Programie **"Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027**

2. **Posiadam orzeczenie :**

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o znacznym stopniu,
- ☐ o umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*,
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

*Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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

☐ TAK

☐ NIE

3. **Liczba godzin** usług asystenta niezbędna mi w roku 2027**

.....
Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż**:

1) 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;

2) 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;

3) 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;

4) 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 od ukończenia 2. roku życia 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.

4. W przypadku uzyskania wsparcia wskaż osobę Asystenta?

☐ TAK

☐ NIE

.....
data i podpis osoby z niepełnosprawnością/
opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzeliach z siedzibą w Chorzeliach, ul. Komosińskiego 1B**, zwany dalej administratorem - administrator prowadzi operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem, e-mail: inspektor@ebi24.pl lub pisemnie na adres administratora.
3. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu zdiagnozowania potrzeb osób z niepełnosprawnością na terenie gminy Chorzeli, które są zainteresowane udziałem w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 oraz kalkulacji środków na realizację ww. Programu.
4. Pana/Pani dane przetwarzane będą zgodnie ze wskazanym w pkt. 3. celu i nie będą udostępniane podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzeliach z siedzibą w Chorzeliach ul. Komosińskiego 1B moich danych osobowych, które przekazane zostały przeze mnie osobiście podczas składania deklaracji uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.

.....
data i podpis osoby z niepełnosprawnością/
opiekuna osoby z niepełnosprawnością