# Zapotrzebowanie na wsparcie w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

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

adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

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

telefon kontaktowy

# Czy posiada Pan/Pani 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 ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

# W przypadku dzieci do 16 roku życia:

Czy dziecko posiada orzeczenie 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?\*

* + TAK
	+ NIE

# Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?\*

* + TAK

**□** NIE

# Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?

…………………………………………………………………………………………………..

**\***zaznaczyć właściwe

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

 data i podpis

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

<https://zurawica.biuletyn.net/?bip=2&cid=300&id=1723>

………………………………………….

(czytelny podpis)