

Jarocin, dnia

Imię i Nazwisko:

Adres:

Telefon:

ZGŁOSZENIE

Zgłaszam chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Jednocześnie informuję, że posiadam Orzeczenie o Stopniu Niepełnosprawności i zakwalifikowana(-y) jestem do:

- dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadające 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 oraz

- osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

- a. o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
- b. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo
- c. 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.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie/opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego)