Jarocin, dnia………………………….

Imię i Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: …………………………………………………………………………………

**ZGŁOSZENIE**

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.**

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,

osoby z niepełnosprawnościami posiadające orzeczenie:

1. o znacznym stopniu niepełnosprawności sprzężonym/niesprzężonym,
2. o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności sprzężonym/niesprzężonym
3. 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 prawnego)

Niepełnosprawność sprzężona to inaczej dwa rodzaje niepełnosprawności u jednej osoby.