

Data wpływu wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O KORZYSTANIE Z USŁUG
ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu
przez Numer telefonu

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
c) ☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy
 ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji
d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego Wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY
LUB PEŁNOMOCNIK**

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Data urodzenia PESEL
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu
przez Numer telefonu
Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem
• postanowieniem Sądu Rejonowego
 z dnia sygn. akt
• na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG (właściwe zaznaczyć)

- ☐ pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, na zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,
☐ pomoc w toalecie, ubieraniu, przyrządzaniu i spożywaniu posiłków,
☐ pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym Asystent nie świadczy usług opiekuńczych),
☐ przenoszenie osoby niepełnosprawnej np. z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie przez Beneficjenta odpowiedniego sprzętu pomocniczego (**Asystent - kobieta może podnieść osobę bez użycia podnośnika o wadze do 12 kg, a Asystent - mężczyzna do 30 kg**),

- ☐ pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,
- ☐ pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego.

TERMIN USŁUGI

(Proszę podać okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta osobistego – data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia usługi)

.....

.....

.....

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),
2. Informacja dodatkowa do wniosku o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej,
3. Oświadczenie o zapoznaniu się z „Regulaminem korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej”,
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
5. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej), oryginał do wglądu,
6. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu).