

Karta zgłoszenia

do Projektu: „Mój asystent moja szansa na niezależne życie” realizowanego w ramach konkursu nr 1/2026 pn. „Siła możliwości”

Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi wsparcia asystenckiego :

1. Imię i nazwisko:.....
2. Data urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:
4. Numer telefonu:.....
5. E-mail.....
6. Grupa/stopień niepełnosprawności:.....
7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu (m.in. paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa - rdzeniowa) ,
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku ,
 - 3) zaburzenia psychiczne ,
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ,
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ,
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ,
8. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
.....
9. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (*przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności*) - Tak / Nie



Oświadczenia:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Mój asystent moja szansa na niezależne życie”

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)