

.....  
imię, nazwisko osoby z niepełnosprawnością

Biała Podlaska,.....

.....  
adres

.....  
telefon

## **ZGŁOSZENIE**

### **do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Biała Podlaska**

**1. Zgłaszam chęć udziału swojego/ osoby której jestem opiekunem w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027**

**2. Posiadam 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 o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.**

**2.1. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:**

Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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

**3. Liczba godzin\*\* usług asystenta miesięcznie niezbędna mi w roku 2027**

.....

**Liczba godzin obowiązująca w Programie AOON w roku 2026 r.**

**(w 2027 r. liczba godzin może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu z zależności od wytycznych zawartych w Programie na dany rok)**

Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż\*\*:

1) 840 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) 720 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) 480 godzin rocznie dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

- a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
- b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) 360 godzin rocznie dla:

- a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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.

**4. Czy ma Pan/Pani przyznane świadczenie wspierające ?**

- ☐ **TAK**
- ☐ **NIE**

**Jeśli TAK, to proszę podać liczbę punktów uzyskanych w ramach oceny poziomu potrzeby wsparcia przez WZON .....**

5. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

- ☐ TAK  
☐ NIE

6. Czy zмага się Pan/Pani z ograniczeniami w zakresie:

- ☐ komunikowania się: .....  
(informacje na temat ograniczeń)  
☐ poruszania się: .....  
informacje na temat ograniczeń)  
☐ Inne (jakie?).....

7. W przypadku uzyskania wsparcia wskażę osobę Asystenta?

- ☐ TAK  
☐ NIE

.....  
data i podpis osoby niepełnosprawnej/  
opiekuna osoby niepełnosprawnej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców Gminy Biała Podlaska, w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)\* lub art. 9 ust. 2 lit. a)\* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 ze zm.).

.....  
data i podpis osoby niepełnosprawnej/  
opiekuna osoby niepełnosprawnej

### **WAŻNE!!!!**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej informuje, iż ZGŁOSZENIE do Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027 w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Biała Podlaska nie jest jednoznaczne z przyznaniem usług w ramach Programu AOON a tym samym maksymalnego limitu godzin.**

Dziękujemy za wypełnienie zgłoszenia ☺