……………………………... Kędzierzyn-Koźle, dnia……………………r.

*Imię i nazwisko uczestnika Programu*

……………………………...

 *Adres*

………………………………

………………………………

  *Telefon*

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 w ilości:

* **840 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną
posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
z niepełnosprawnością sprzężoną,
* **720 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną
posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
* **360 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem osobą niepełnosprawną
posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* **360 godzin** rocznie, ze względu na fakt, iż jestem rodzicem/ opiekunem prawnym dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: 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.

 ……………………………………………

 *Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*