



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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 :

- ze względu na fakt iż jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- ze względu na fakt, iż jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- ze względu na fakt, iż jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną lub 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- ze względu na fakt, iż jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osobą



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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;

- ze względu na fakt, iż jestem rodzicem/ opiekunem prawnym dziecka 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.

.....  
*Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego*