

.....
Imię i nazwisko uczestnika Programu

Kędzierzyn-Koźle, dnia.....r.

.....
Adres

.....

.....

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a przyznania 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.

Jednocześnie oświadczam, iż posiadam orzeczenie o
stopniu niepełnosprawności. W/w orzeczenie wskazuje/ nie wskazuje sprzężoną niepełnosprawność* o następujących symbolach.....

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Niepełnosprawność sprzężona to niepełnosprawność wieloraka, złożona, składająca się z co najmniej dwóch