**DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025**

1. **DANE OSOBOWE**

Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….................

Adres: …………………………….…...................…….................……….......................................................

Telefon kontaktowy: ……………………………………..………………………………………………….……………………

Data urodzenia: …………………………………...…………………………………………………………………….....………

Status na rynku pracy: …………………………………………………………………………………………………….………

1. **RODZAJ POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁSPRAWNOŚCI**

DZIECI OD UKOŃCZENIA 2. ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA

orzeczenie 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

OSOBY DOROSŁE ORAZ DZIECI, KTÓRE UKOŃCZYŁU 16. ROK ŻYCIA

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – niepełnosprawność sprzężona\*, symbole przyczyn niepełnosprawności ……………………………………………………………….

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – niepełnosprawność sprzężona\*, symbole przyczyn niepełnosprawności ……………………………………………………………….

orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

lub traktowane na równi z orzeczeniami w/w wymienionymi, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, proszę wskazać rodzaj orzeczenia ………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **RODZAJ OCZEKIWANEGO WSPARCIA W RAMACH USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny

osobistej. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje : ………………………...  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

wsparcie uczestnika w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról  
w rodzinie. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ………………………...  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

wsparcia uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ……………………………………………………….  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

wsparcia uczestnika w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się

z otoczeniem. Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: …………………...  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

w przypadku dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością zaprowadzanie do placówki oświatowej i przyprowadzanie z niej, asystencji osobistej na terenie szkoły ( tylko  
w przypadku gdy szkoła nie zapewnia tej usługi ). Proszę szczegółowo opisać jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje: ………………………………………………………………………………….……………...  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **POTENCJALNY WPŁYW USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU A TAKŻE TRWAŁOŚĆ REZULTATÓW**

Proszę opisać w jaki sposób usługi asystencji osobistej poprawią Pana / Pani funkcjonowanie w środowisku, zwiększą możliwość zaspokajania Pana / Pani potrzeb oraz włączą w życie społeczne: ……………………………………………………………………………………………………………………………...  
……………………………………………………………………………………………………………………….……………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **REALIZACJA USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

Do realizacji usług asystencji osobistej zamierzam:

wskazać osobę, niebędącą członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające z uczestnikiem we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem), opiekunami prawnymi uczestnika lub osobami faktycznie zamieszkującymi z uczestnikiem.

nie wskazywać osoby do świadczenia w/w usług. Jednocześnie będę oczekiwać na dobór i zatrudnienie asystenta, który spełni wymogi określone w Programie, co może wydłużyć okres oczekiwania na asystenta.

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

1. Złożenie Deklaracji osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025  
u Realizatora nie oznacza pewności udziału w Programie.

2. Niezakwalifikowanie Deklaracji wstępnej do udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025 może wynikać z niedostatecznego opisu w części III Deklaracji lub niewypełnienie części I, II, IV i V.

3. Za realizację usług asystencji osobistej uczestnik Programu nie ponosi odpłatności.

4. W godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie mogą być świadczone usługi opiekuńcze ani specjalistyczne usługi opiekuńcze. Usługi asystencji osobistej nie mogą, swoim zakresem zastępować usług opiekuńczych.

5. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę niepełnosprawną lecz wyłącznie udzielanie jej pomocy lub wsparcia w realizacji osobistych celów.

6. Deklaracje osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego -edycja 2025 należy składać w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu w pok. 5 lub drogą emaliową : mops@mops-kkozle.pl.

………………………………………………………………..

*Podpis osoby zainteresowanej* udziałem w Programie