Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji
i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024

**Formularz informacyjny do Programu**

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. **Dane uczestnika Programu**

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

……………………………………………………………………………..

 **2.Adres**

…………………………….…...................…….................……….........

**3. Telefon kontaktowy**

……………………………..

**4. Data urodzenia**

……………………………………………………………………………..

**5. Grupa/stopień niepełnosprawności:**

…………………………………………………………………………………

**6. Jestem osobą samotną (mieszkam sam/a, nie mam rodziny)**

 **( zaznacz x na tak , brak x oznacza nie)** ☐

**7. Jestem osobą, która ma rodzinę, ale mieszkam sam/a**

**( zaznacz x na tak , brak x oznacza nie)** ☐

**8. Mieszkam z rodziną**

 **( zaznacz x na tak , brak x oznacza nie)**  ☐

**9.** **Czy obecnie korzysta Pan(i) z innych form wsparcia (np. usługi opiekuńcze, zajęcia w Dziennym Domu Seniora, asystentura itp.):**

**( zaznacz x na tak , brak x oznacza nie)**  ☐

**10. Korzystam z innych form wsparcia w wymiarze:**

**a) do 15 godzin miesięcznie**  ☐

**b) powyżej 15 godzin miesięcznie** ☐

**11. Korzystam z opieki innej osoby pobierającej z tego tytułu świadczenie pielęgnacyjne:**

**( zaznacz x na tak , brak x oznacza nie)**  ☐

………………………………………..

 (podpis uczestnika programu)