



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)