



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu  
"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla jednostek samorządu terytorialnego – edycja  
2026**

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....  
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....  
telefon kontaktowy

**1. Proszę o podanie stopnia niepełnosprawności lub orzeczenie równoważnego**

- ☐ znaczny z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ znaczny
- ☐ umiarkowany z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ umiarkowany

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

**2. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem 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?**

- ☐ TAK
- ☐ NIE

**3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?**

- ☐ TAK
- ☐ NIE

**4. Jaka liczba godzin usług asystenta miesięcznie jest Panu/Pani niezbędna w roku 2026?**

.....

**5. Czy przewiduje Pan/Pani uczestnictwo w wydarzeniach społecznych, kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, co wiąże się z kosztami zakupu biletów wstępu na w/w wydarzenia?**

- ☐ TAK
- ☐ NIE

6. Czy przewiduje Pan/Pani zakup jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystentów oraz koszty przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/ innym środkiem transportu, np. taksówką w związku z wyjazdami poza miejsce zamieszkania?

☐ TAK

☐ NIE

.....  
(miejscowość, data)

.....  
podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rodzaju: imię, nazwisko, adres zamieszkania, telefon, osoby ubiegającej się o przyznanie usług asystenta, imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz informacje na temat stanu zdrowia osoby niepełnosprawnej celu oszacowania potrzeb mieszkańców gminy Ożarów w związku z realizacją Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026 zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)\* lub art. 9 ust. 2 lit. a)\* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( Dz. Urz. UE L Nr 119.1). Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis)