

Czemierniki, dnia.....

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością/opiekuna

.....
.....
.....
(adres)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROGRAMIE „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2025

Ja, niżej podpisany/a jestem zainteresowany/a wnioskowaniem o przyznanie mi usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 w wymiarze godzin rocznie.*

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością)

.....
(wiek osoby niepełnosprawnej)

.....
(stopień niepełnosprawności)

Jednocześnie informuję, iż osoba niepełnosprawna posiada niepełnosprawność sprzężoną** –
TAK/NIE (właściwe zakreślić)

Oświadczam, że w przypadku uzyskania wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 wskażę osobę do świadczenia usług asystencji osobistej –
TAK/NIE (właściwe zakreślić)

.....
(podpis osoby z niepełnosprawnością/Opiekuna)

* Limit godzin usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością w danym roku kalendarzowym wynosi nie więcej niż 4):

- 1) **840 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,
 - b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

2) **720 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o znacznym stopniu niepełnosprawności,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

3) **480 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:

a) o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną,

b) traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z niepełnosprawnością sprzężoną;

4) **360 godzin rocznie** dla:

a) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

b) osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

c) dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem 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

** Niepełnosprawność sprzężona oznacza co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności występujące u jednej osoby łącznie.