



tel: 32 77 16 301
tel: 32 77 16 321,



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

fax: 32 77 16 305 BIP: ops.bip.chorzow.eu ; e-mail: ops@opschorzow.pl

SOLIDARNOŚCIOWY FUNDUSZ WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2019-2020 REALIZOWANEGO PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W CHORZOWIE

I. Dane uczestnika Programu:

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON	E-MAIL
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY ¹
Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej: – w zakresie komunikowania się z otoczeniem – w zakresie poruszania się	
Wnioskowany wymiar usług asystenta w miesiącu (maksymalnie 30 godzin) godzin zegarowych

II. Dane opiekuna prawnego Uczestnika programu (jeśli takiego wskazuje):

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO	
TELEFON	E-MAIL

III. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – wskazuje Uczestnik programu

Osobą wskazaną przeze mnie do świadczenia usług asystenckich jest:	Pan/Pani
TELEFON	E-MAIL

¹Do Karty zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

IV. **Oświadczenia:** Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent

osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Miejscowość, data

Podpis

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich

.....

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)