

**WNIOSEK O KORZYSTANIE Z USŁUG
ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ****DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Numer telefonu

POSIADANE ORZECZENIE (właściwie zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
c) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

Symbol(e) niepełnosprawności:

Czy wnioskodawca posiada wskazania wymienione w:

- a) Punkcie 6 orzeczenia TAK NIE
b) Punkcie 7 orzeczenia TAK NIE
c) Punkcie 8 orzeczenia (dotyczy dziecka) TAK NIE

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Numer telefonu

Ustanowiony Opiekunem / Pełnomocnikiem

- postanowieniem Sądu Rejonowego
z dnia sygn. akt
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

ZAKRES OCZEKIWANYCH USŁUG (właściwie zaznaczyć)

- pomoc w transporcie środkami komunikacji w dotarciu i powrocie z miejsca zamieszkania do szkoły, uczelni, pracy, placówek zdrowia, na zajęcia rehabilitacyjne, instytucji publicznych i kulturalnych,
- pomoc w toalecie, ubieraniu, przyrządzaniu i spożywaniu posiłków,
- pomoc w czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego np. podczas zakupów (przy czym **Asystent nie świadczy usług opiekuńczych**),
- przenoszenie osoby niepełnosprawnej np. z łóżka na wózek, znoszenie ze schodów, wnoszenie do samochodu - jednocześnie warunkiem tej usługi jest zabezpieczenie przez Beneficjenta odpowiedniego sprzętu

pomocniczego (Asystent - kobieta może podnieść osobę bez użycia podnośnika o wadze do 12 kg, a Asystent - mężczyzna do 30 kg),

- pomoc w utrzymaniu kontaktów towarzyskich oraz w komunikowaniu się z otoczeniem,
- pomoc w pisaniu pism, listów osobom niewidomym, bądź niezdolnym do samodzielnego pisania ręcznego czy komputerowego.

TERMIN USŁUGI

(Proszę wskazać proponowany okres, w którym niezbędne są usługi Asystenta Osobistego – data, godzina rozpoczęcia i zakończenia usługi. Zakres podany we wniosku nie jest dla tut. OPS wiążący)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią „Regulaminu korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej” realizowanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Koszęcinie.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (oryginał do wglądu),
2. Informacja dodatkowa do wniosku o korzystanie z usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej,
3. Klauzula RODO,
4. W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej) (oryginał do wglądu),
5. W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu).