



# Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

---

## Zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....  
(miejscowość)

.....  
(data)

.....  
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....  
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....  
telefon kontaktowy

**1. Dotyczy osób powyżej 16 roku życia: posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?\***

- w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- w stopniu znacznym lub orzeczenie równoważne
- w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- w stopniu umiarkowanym lub orzeczenie równoważne

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

**2. Dotyczy dzieci do ukończenia 16 roku życia: dziecko posiada orzeczenie 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?\***

- TAK
- NIE

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

- TAK
- NIE

**4. Jaka liczba godzin usług asystenta rocznie jest Pani/Panu niezbędna w 2024 r.?**

.....  
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

**Uwaga!** Złożenie druku zapotrzebowania nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2024 r.

.....  
podpis

\*zaznaczyć właściwe