



Chorkówka, dnia

ZGŁOSZENIE

uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego– edycja 2027
w ramach przeprowadzanej diagnozy potrzeb i kosztów realizacji usług asystencji osobistej
na terenie Gminy Chorkówka

Uwaga!

**Złożenie druku zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem osoby do objęcia
wsparciem asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w 2027 r.**

**Zgłaszam chęć swojego udziału/udziału osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, której jestem
opiekunem prawnym do uczestnictwa w Programie "Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027.**

1. Czy jest Pan/Pani mieszkańcem Gminy Chorkówka:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

2. W przypadku osób powyżej 16 roku życia - posiadam orzeczenie:

- ☐ o znacznym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*;
- ☐ o znacznym stopniu;
- ☐ umiarkowanym stopniu z niepełnosprawnością sprzężoną*;
- ☐ o umiarkowanym stopniu albo
- ☐ traktowane na równi z orzeczeniami wymienionymi w lit. a i b, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

* przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

3. W przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16 roku życia:

Moje 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



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

4. Liczba godzin** usług asystenta niezbędna mi w roku 2027, z zachowaniem limitów, o których mowa w cz. IV ust. 27 Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2027:
-

****Limit godzin obowiązujący w Programie w roku 2027 r.**

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

- 1) **840 godzin rocznie** dla osób z niepełnosprawnościami posiadających orzeczenie:
 - a) 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) 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) 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 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.
5. Czy jest Pan/Pani/dziecko aktualnie objęty/a/e wsparciem m.in. w formie uczestnictwa w Dziennym Domu Pomocy, Środowiskowym Domu Samopomocy, Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług obejmujących analogiczne wsparcie?
- ☐ Tak
- ☐ Nie



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

6. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą, nie mającą możliwości korzystania ze wsparcia bliskich?

- ☐ Tak
☐ Nie

7. W jakich sferach życia oczekuje Pan/Pani wsparcia asystenta osobistego:

- 1) wsparcie uczestnika w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
- 2) wsparcie uczestnika w wykonywaniu codziennych czynności związanych z funkcjonowaniem w domu i rodzinie;
- 3) wsparcie uczestnika w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- 4) wsparcie uczestnika w komunikowaniu się z innymi osobami, w tym wyrażaniu swoich potrzeb oraz rozumieniu i przekazywaniu informacji;
- 5) wsparciu uczestnika w uczestnictwie w życiu społecznym (np. podejmowaniu aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub kulturalnej);
- 6) innej (jakiej):

.....
.....

8. W przypadku uzyskania wsparcia wskażę asystenta osobistego:

- ☐ Tak
☐ Nie

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2027 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.