

**Formularz zgłoszeniowy do projektu
„Asystent na miarę potrzeb”**

Imię nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon i/lub e-mail

Stopień
niepełnosprawności ☐ umiarkowany ☐ znaczny

Rodzaj/symbol
niepełnosprawności ☐ 01-U ☐ 02-P ☐ 03-R ☐ 04-O ☐ 05-R ☐ 06-E
☐ 07-S ☐ 08-T ☐ 09-M ☐ 10-N ☐ 11-I ☐ 12-C

Data ważności
orzeczenia

Ilość postulowanych
godzin usług średnio
w miesiącu ☐ do 10 ☐ 11 - 15 ☐ 16 - 20
☐ 21 - 25 ☐ 26 - 30 ☐ powyżej 30

Wnioskowany zakres/rodzaj usług asystenckich (zaznacz wszystkie właściwe):

- ☐ towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, robienia zakupów, zaspokajaniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych i towarzyskich, realizacji zainteresowań i pasji
- ☐ pomoc w przemieszczaniu się np. do miejsc rehabilitacji, terapii, leczenia, nauki, kultu religijnego itp.
- ☐ inne, jakie?

Uczestniczę w:

WTZ ☐ TAK ☐ NIE

ŚDS ☐ TAK ☐ NIE

Innej placówce finansowanej ze
środków publicznych ☐ TAK ☐ NIE

jeśli tak, proszę podać nazwę

Uzasadnij potrzebę realizacji usług - opisz bariery utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie:

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszeniowej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) w celu realizacji procesu rekrutacyjnego oraz udziału w projekcie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego