

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji dla osoby po wyżej 16 roku życia do Programu „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” dla JST- edycja 2025 sfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego przyznanych przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w Powiecie Grodzkim

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

.....

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia PCPR)
	tak	nie	
1) Osoby posiadające niepełnosprawność sprzężoną:			
a) 3 przyczyny niepełnosprawności			
b) 2 przyczyny niepełnosprawności			
2) sytuacja rodzinna i społeczna- osoby z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkujących i gospodarujących, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
3) sytuacja rodzinna i społeczna- osoby z niepełnosprawnościami samotnie gospodarujące, które nie mają możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
4) sytuacja rodzinna i społeczna- osoba zamieszkująca z osobą powyżej 75 roku życia lub zamieszkujące z inną osobą z niepełnosprawnością lub w gospodarstwie domowym przebywa inna osoba z niepełnosprawnością			
5) Osoba z niepełnosprawnością korzystająca z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2023 r. poz. 901) świadczonych przez inne instytucje np. ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych			
6) osoba z niepełnosprawnością korzystająca z usług asystencji osobistej, która w poprzedniej edycji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST– edycja 2024 wykorzystała, co najmniej 50 % godzin przyznanej usługi asystencji.			
7) osoba z niepełnosprawnością, która po raz pierwszy będzie korzystała z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (we wszystkich edycjach)			
	Suma		

Grodzisk Mazowiecki, dnia.....

.....  
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)