

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

I. Oświadczenie

Wyszczególnienie	Odpowiedzi		Pkt (wypełnia PCPR)
	tak	nie	
1)Osoba posiadająca niepełnosprawność sprzężoną:			
a) 3 przyczyny niepełnosprawności			
b) 2 przyczyny niepełnosprawności			
2) osoba z niepełnosprawnościami wspólnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób			
3) osoba z niepełnosprawnościami samotnie zamieszkująca i gospodarująca, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich			
4) osoba z niepełnosprawnościami, która przebywa w rodzinnej pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 49), tj.: w rodzinach zastępczych (spokrewnionych, niezawodowych lub zawodowych) lub w rodzinnych domach dziecka na zasadach określonych w art. 37 ust. 1-6 tej ustawy			
5) osoba zamieszkująca z osobą powyżej 75 roku życia lub zamieszkująca z inną osobą z niepełnosprawnością lub w gospodarstwie domowym przebywa inna osoba z niepełnosprawnością, która nie korzysta ze wsparcia innych osób			
6)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 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.) świadczonych przez inne instytucje np. ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych			
7) osoba z niepełnosprawnością korzystająca z usług asystencji osobistej, która w poprzednich edycjach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST– edycja 2024 i 2025 wykorzystała, co najmniej 70 % godzin przyznanej usługi asystencji.			
8) osoba z niepełnosprawnością, która po raz pierwszy będzie korzystać z usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” (we wszystkich edycjach Programu)			
Suma			

Grodzisk Mazowiecki, dnia.....

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

